

Aus dem Institut für Soziale Medizin  
Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. H. A. Paul

---

# **Psychosoziale Gesichtspunkte bei der Nachsorge von an Brustkrebs erkrankten Frauen**

Inaugural-Dissertation  
zur  
Erlangung der medizinischen Doktorwürde  
an den Medizinischen Fachbereichen  
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von  
Wolfgang Josef Krieger  
Mering

1983



Aus dem Institut für Soziale Medizin  
Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. H. A. Paul

---

# **Psychosoziale Gesichtspunkte bei der Nachsorge von an Brustkrebs erkrankten Frauen**

Inaugural-Dissertation  
zur  
Erlangung der medizinischen Doktorwürde  
an den Medizinischen Fachbereichen  
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von  
Wolfgang Josef Krieger  
Mering

Referent: Prof. Dr. H. A. Paul

Korreferent: Prof. Dr. H. Lax

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche der Freien  
Universität Berlin

Promoviert am: 3. Februar 1983

Für Heidi

"Jeder Mensch, vor dem die Möglichkeit eines Unglücks auftaucht, besinnt sich sofort auf den eisernen Bestand, den er bei sich trägt. Dieser eiserne Bestand kann für den einen seine Idee sein, für den anderen sein Glaube, ein dritter gedenkt allein seiner Familie. Manche haben überhaupt nichts. Sie haben keinen eisernen Bestand, sie sind leer. Das ganze äußere Leben mit all seinen Schrecken kann in sie einströmen und sie füllen bis zum Platzen."

ANNA SEGHERS

Ikuru

AKIRA KUROSAWA

## Dank

Herrn Prof. Dr. Paul möchte ich hier meinen Dank für die Überlassung dieses Themas aussprechen. Ihm und seiner Mitarbeiterin Frau Dr. Barbara Goetz verdanke ich durch die intensive wissenschaftliche Betreuung und Auseinandersetzung das Gelingen meiner Untersuchung.

Dankbar bin ich all denen, die mir mit ihrem Einsatz und ihrer Vermittlung ermöglichten, mit an Brustkrebs erkrankten Frauen zu sprechen: Frau Blo-meyer, Frau Fritsch, Frau Herzig, Frau von Köller, Frau Nemitz, Frau Schnurre, Frau Türk, Herrn Prof. Dr. Kindermann und Herrn Dr. Genz.

Ferner möchte ich Frau Heidi Frank besonders dafür danken, daß sie das Ma-nuskript las und mir eine große Hilfe mit ihrer konstruktiven Kritik und ihrer Mitarbeit beim Zeichnen der Abbildungen war.

Den größten Dank schulde ich den an Brustkrebs erkrankten Frauen, die bereit waren, mit mir über ihre Erfahrungen zu reden. Ihre offene Gesprächsbereitschaft war der Grundstein meiner Arbeit.

| Inhaltsverzeichnis                                             | Seite |
|----------------------------------------------------------------|-------|
| Vorwort                                                        | 11    |
| <u>I. Literaturübersicht</u>                                   |       |
| 1. GESUNDHEIT UND KRANKHEIT                                    |       |
| 1.1 Begriffsbestimmung                                         | 12    |
| 1.2 Ober Gesundheit und Krankheit                              | 15    |
| 2. KREBSHAUFIGKEIT                                             | 28    |
| 2.1 Definition des Krebses                                     | 28    |
| 2.2 Mortalitätsraten                                           | 28    |
| 2.3 Inzidenz des Brustkrebses                                  | 29    |
| 2.4 Krebsgefährdung des Menschen                               | 31    |
| 3. KREBSENTSTEHUNG UND KREBSWACHSTUM                           | 32    |
| 3.1 Zur Krebszelle und ihrer Entstehung auf der Molekularebene | 32    |
| 3.2 Genetische Disposition                                     | 33    |
| 3.3 Zur Immunologie                                            | 33    |
| 3.4 Zu den Viren                                               | 33    |
| 3.5 Chemische Karzinogenese                                    | 34    |
| 3.6 Strahlen                                                   | 35    |
| 3.7 Hormone                                                    | 36    |
| 3.8 Alter und Geschlecht                                       | 36    |
| 3.9 Psychosomatische Aspekte                                   | 37    |
| 4. AUFKLÄRUNG UND UMGANG MIT DEM KREBSKRANKEN                  | 42    |
| 4.1 Zur Aufklärungspflicht                                     | 42    |
| 4.2 Informationswünsche der Patienten                          | 43    |
| 4.3 Indirekte Informationen                                    | 44    |
| 4.4 Auswirkungen des Schweigens und des Redens                 | 44    |
| 4.5 Offener Umgang                                             | 45    |

|      |                                                                                        |    |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 5.   | ZUR THERAPIE DES MAMMAKARZINOMS                                                        | 48 |
| 5.1  | Stillstand der kurativen Therapie                                                      | 48 |
| 5.2  | Früherkennung und Vorsorge                                                             | 50 |
| 5.3  | Zur medizinischen Therapie                                                             | 52 |
| 5.4  | Einfluß der Psyche auf den Verlauf                                                     | 57 |
| 5.5  | Unbehandeltes Mammakarzinom                                                            | 58 |
| 6.   | NACHSORGE                                                                              | 59 |
| 6.1  | Begriff                                                                                | 59 |
| 6.2  | Zum Selbstwertgefühl der an Brustkrebs erkrankten Frau                                 | 60 |
| 6.3  | Psychische Belastung und mögliche Hilfen                                               | 61 |
| 6.4  | Medizinische Nachsorge                                                                 | 66 |
| 6.5  | Sexualität und Partnerschaft                                                           | 70 |
| 6.6  | Familiensystem                                                                         | 72 |
| 6.7  | Soziale Hilfen                                                                         | 73 |
| 6.8  | Nachgehende Krankenfürsorge                                                            | 74 |
| 6.9  | Berentung und berufliche Rehabilitation                                                | 76 |
| 6.10 | Selbsthilfegruppen                                                                     | 77 |
| 6.11 | Fortschreiten der Brustkrebserkrankung                                                 | 79 |
| II.  | Darstellung und Diskussion der Ergebnisse einer Feld-<br>untersuchung in Berlin (West) |    |
| 1.   | FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN                                                           | 81 |
| 2.   | METHODISCHES VORGEHEN                                                                  | 84 |
| 3.   | DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG                                                          | 87 |
| 3.1  | Art der Kontaktaufnahme                                                                | 87 |
| 3.2  | Selektion der betroffenen Frauen                                                       | 88 |
| 3.3  | Motivation zum Gespräch                                                                | 89 |
| 3.4  | Bedingungen des Interviews                                                             | 89 |
| 4.   | AUSWERTUNGSMETHODIK                                                                    | 92 |

|      |                                                                                                                   |     |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 5.   | SOZIALSTRUKTUR DER UNTERSUCHUNGSGRUPPE                                                                            | 93  |
| 5.1  | Alter                                                                                                             | 93  |
| 5.2  | Familienstand                                                                                                     | 94  |
| 5.3  | Kinder                                                                                                            | 94  |
| 5.4  | Haushalt                                                                                                          | 95  |
| 5.5  | Wohnsituation                                                                                                     | 96  |
| 5.6  | Konstanz des Lebensumfeldes                                                                                       | 96  |
| 5.7  | Schul Ausbildung                                                                                                  | 97  |
| 5.8  | Berufsausbildung                                                                                                  | 97  |
| 5.9  | Arbeitsverhältnis                                                                                                 | 97  |
| 5.10 | Einkommenssituation                                                                                               | 98  |
| 6.   | BEISPIELE                                                                                                         | 100 |
| 6.1  | Frau G. (Beispiel 1)                                                                                              | 101 |
| 6.2  | Frau N. (Beispiel 2)                                                                                              | 103 |
| 6.3  | Frau A. (Beispiel 3)                                                                                              | 105 |
| 6.4  | Frau K. (Beispiel 4)                                                                                              | 106 |
| 6.5  | Frau F. (Beispiel 5)                                                                                              | 109 |
| 6.6  | Frau L. (Beispiel 6)                                                                                              | 112 |
| 6.7  | Frau O. (Beispiel 7)                                                                                              | 114 |
| 6.8  | Frau W. (Beispiel 8)                                                                                              | 116 |
| 6.9  | Frau O. (Beispiel 9)                                                                                              | 117 |
| 7.   | GESPRÄCHE OBER DIE ERKRANKUNG                                                                                     | 119 |
| 7.1  | Subjektive Einschätzung der Gesprächsmöglichkeit                                                                  | 119 |
| 7.2  | Möglichkeiten zu einem offenen Gespräch                                                                           | 120 |
| 7.3  | Als Gesprächspartner vermiedene Personen                                                                          | 122 |
| 7.4  | Gesprächspartner für seelische Schwierigkeiten                                                                    | 123 |
| 8.   | VERHÄLTNIS ZU DEN ÄRZTEN                                                                                          | 125 |
| 8.1  | Zufriedenheit der Frauen mit den Antworten der Ärzte auf<br>an sie gestellte Fragen                               | 125 |
| 8.2  | Allgemeine Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung<br>seit der Krankenhausentlassung nach der Brustamputation | 126 |
| 8.3  | Aussprachemöglichkeit über seelische Schwierigkeiten bei<br>der ärztlichen Nachsorgeuntersuchung                  | 127 |

|      |                                                                                                                      |     |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 8.4  | Gründe für die geringe Aussprachemöglichkeit über seelische Schwierigkeiten bei der ärztlichen Nachsorgeuntersuchung | 128 |
| 8.5  | Das Arzt-Patient-Verhältnis als Lernmodell für den Patienten                                                         | 132 |
| 8.6  | Einbeziehung von Angehörigen                                                                                         | 133 |
| 8.7  | Die wichtigsten ärztlichen Hilfsmöglichkeiten aus der Sicht der betroffenen Frauen                                   | 134 |
| 9.   | KONTAKTE MIT MENSCHEN DER WEITEREN UMGEBUNG (FREUNDE, BEKANNTE).                                                     | 137 |
| 9.1  | Gefühl des Alleinseins                                                                                               | 137 |
| 9.2  | Gefühl der veränderten Behandlung durch die Umwelt                                                                   | 138 |
| 9.3  | Bewußte eigene Kontaktvermeidung                                                                                     | 143 |
| 10.  | FAMILIE                                                                                                              | 145 |
| 10.1 | Hilfestellung bei der Krankheitsbewältigung                                                                          | 145 |
| 10.2 | Fehlende Unterstützung in der Familie                                                                                | 148 |
| 10.3 | Bedeutung der Familie                                                                                                | 151 |
| 10.4 | Hausarbeit                                                                                                           | 151 |
| 10.5 | Vorerfahrung mit Krebserkrankungen in der Familie                                                                    | 155 |
| 11.  | SEXUALITÄT                                                                                                           | 158 |
| 11.1 | Bedeutung der Brust für die Sexualität der Frau                                                                      | 158 |
| 11.2 | Empfindungen bezüglich der Amputationsnarbe                                                                          | 160 |
| 11.3 | Zufriedenheit mit bestehenden Partnerverhältnissen                                                                   | 163 |
| 11.4 | Veränderungen des Partnerverhältnisses seit der Brustkrebserkrankung                                                 | 164 |
| 11.5 | Zur Kommunikation mit dem Partner                                                                                    | 166 |
| 12.  | NACHSORGE                                                                                                            | 171 |
| 12.1 | Zeitpunkt der Brustamputation                                                                                        | 171 |
| 12.2 | Zur Bestrahlung                                                                                                      | 171 |
| 12.3 | Zum Wiederauftreten der Erkrankung                                                                                   | 173 |
| 12.4 | Zur Chemo- und Hormontherapie                                                                                        | 174 |
| 12.5 | Zu unspezifischen Therapien                                                                                          | 175 |
| 12.6 | Rekonstruktion der Brust                                                                                             | 177 |
| 12.7 | Häufigkeit der Nachsorgeuntersuchungen                                                                               | 178 |
| 12.8 | Ort der Nachsorgeuntersuchung                                                                                        | 179 |

|       |                                                                 |     |
|-------|-----------------------------------------------------------------|-----|
| 12.9  | Art der Terminierung und Reaktion bei einem Terminversäumnis    | 179 |
| 12.10 | Intensität der Nachsorgeuntersuchung und Mitteilung der Befunde | 180 |
| 12.11 | Gefühle vor der Nachsorgeuntersuchung                           | 181 |
| 12.12 | Selbstuntersuchung der Brust                                    | 183 |
| 12.13 | Kuren                                                           | 184 |
| 12.14 | Informationen über soziale Hilfen                               | 188 |
| 12.15 | Nachgehende Krankenfürsorge                                     | 190 |
| 12.16 | Schwerbehindertenausweis                                        | 193 |
| 12.17 | Zur Inanspruchnahme von sozialen Hilfen                         | 194 |
| 12.18 | Körperliche Folgen der Brustamputation                          | 195 |
| 12.19 | Krankengymnastik nach der Brustamputation                       | 196 |
| 13.   | GESPRÄCHSGRUPPEN (SELBSTHILFEGRUPPEN)                           | 199 |
| 13.1  | Teilnahme an Gesprächsgruppen                                   | 199 |
| 13.2  | Einschätzung der Gesprächsgruppen                               | 200 |
| 13.3  | Empfehlung zu Gesprächsgruppen                                  | 203 |
| 13.4  | Abraten von Gesprächsgruppen                                    | 205 |
| 14.   | ERWERBSLEBEN                                                    | 208 |
| 14.1  | Veränderung im Arbeitsverhältnis                                | 208 |
| 14.2  | Informiertheit der Berufskollegen/innen                         | 209 |
| 14.3  | Nachteile im Berufsleben                                        | 210 |
| 15.   | ZUKUNFTSORIENTIERUNG                                            | 213 |
| 15.1  | Stimmungsveränderung                                            | 213 |
| 15.2  | Sterben                                                         | 215 |
| 15.3  | Pläne                                                           | 216 |
| 15.4  | Wünsche                                                         | 218 |
| III.  | <u>Zusammenfassung</u>                                          | 221 |

|            |                                                                                    |     |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <u>IV.</u> | <u>Anhang</u>                                                                      | 227 |
| 1.         | GESPRÄCHSGRUPPEN<br>für an Brustkrebs erkrankte Frauen in Berlin (West).           | 227 |
| 2.         | SELBSTHILFEGRUPPEN -<br>zentrale Kontakt- und Informationsstellen.                 | 228 |
| 3.         | BRIEF<br>zur Kontaktaufnahme mit an Brustkrebs erkrankten Frauen.                  | 229 |
| 4.         | FRAGEBOGEN<br>zur psychosozialen Situation von an Brustkrebs erkrankten<br>Frauen. | 231 |
| <u>V.</u>  | <u>Literaturverzeichnis</u>                                                        | 247 |

## VORWORT

Die vorliegende Arbeit besteht aus zwei Hauptteilen.

Im ersten Teil versuche ich das Krebsproblem und die Brustkrebserkrankung im besonderen aus verschiedenen Blickwinkeln zu beleuchten. Dazu verwende ich Literatur aus den mir dabei am wichtigsten erscheinenden Fachgebieten: der Soziologie, der Psychologie und - aus der Medizin - der Ätiologie, Epidemiologie und Therapie.

Der zweite Teil ist die Darstellung und Diskussion einer Felduntersuchung in Berlin (West). Sie erfolgte durch qualitative Interviews mit dreißig an Brustkrebs erkrankten Frauen. Da beim Zustandekommen der Gespräche auch eine Selektion stattfand und in den Interviews die Subjektivität der Mitteilungen anerkannt wurde, möchte ich klarstellen, daß die Kriterien der Objektivität im Sinne eines positivistischen Wissenschaftsbegriffs nicht erfüllt sind.

Deshalb schreibe ich gelegentlich bewußt in der Ich-Form, um nicht eine Scheinobjektivität vorzuspiegeln.

Mit graphischen Darstellungen und durch das Hervorheben von Zitaten versuche ich, die Arbeit lesefreundlich zu gestalten und einen guten Überblick zu ermöglichen. Einigen Kapiteln ist eine genaue Untergliederung vorangestellt, da ich bei der Gesamtgliederung auf zu große Ausführlichkeit verzichtete, um dem Leser eine schnelle Orientierung zu gestatten.

Mir geht es darum, im ärztlichen Tun eine ganzheitliche, menschliche Begegnungsweise mit den Patienten zu bewahren. Obwohl diese Untersuchung nicht statistischen Gütekriterien genügt, glaube ich dennoch, damit hilfreiche Hinweise für eine Verbesserung der psychosozialen Nachsorge von an Brustkrebs erkrankten Frauen geben zu können.



## I. Literaturübersicht

- 1. GESUNDHEIT UND KRANKHEIT
  - 1.1 Begriffsbestimmung
    - 1.1.1 Krankheit aus der Sicht der Naturwissenschaft
    - 1.1.2 Krankheit aus der Sicht der Gesellschaft
    - 1.1.3 Krankheit aus der Sicht des Individuums
    - 1.1.4 Krankheit aus transzendentaler Sicht
  - 1.2 Ober Gesundheit und Krankheit
    - 1.2.1 Gesundsein
      - 1.2.1.1 Leitbilder
      - 1.2.1.2 Gesundheitsverhalten
    - 1.2.2 Krankwerden
    - 1.2.3 Kranksein
      - 1.2.3.1 Namensgebung
      - 1.2.3.2 Akzeptierung der Diagnose
      - 1.2.3.3 Folgen der Erkrankung
    - 1.2.4 Gesundwerden
    - 1.2.5 Krankbleiben
    - 1.2.6 Sterben
- 1.1 Begriffsbestimmung

Einleitend möchte ich auf das Problem der Definition von Krankheit und Gesundheit eingehen, da im folgenden diese beiden Begriffe ständig auftauchen werden. Im wesentlichen halte ich mich an die Veröffentlichungen von TROSCHE (1973, 1974). In der Literatur findet sich eine Vielzahl von Definitionsversuchen, die weitgehend unvermittelt nebeneinander stehen.

### 1.1.1 Krankheit aus der Sicht der Naturwissenschaft

Vor ungefähr hundert Jahren entwickelte sich die Medizin zu einer Disziplin der Naturwissenschaften. Es setzte sich die Auffassung durch, mit der Erforschung von Erkrankungen auch menschliches Leiden besiegen zu können. Die Medizin veränderte sich vom Studium des kranken Menschen zum Studium von Krankheiten (HARTMANN, 1966).

Die Schulmedizin ist orientiert an einem naturwissenschaftlichen Krankheitsverständnis. Krankheit wird verstanden als meßbare Abweichung von empirisch (statistisch ermittelten) normalen organischen Strukturen und Funktionsabläufen. Diese Abweichungen werden diagnostiziert und therapiert. Es werden Krankheiten behandelt und die Person des Kranken oft als störend erlebt. Ärzte ebenso wie das medizinische Assistenzpersonal sind durch ihre Ausbildung auf die Auseinandersetzung mit dem Kranken nicht vorbereitet. Man weiß, wie man eine Injektion durchzuführen hat, aber nicht, wie man z.B. am besten auf den Widerstand des Patienten reagiert (UEXKOLL, 1979).

Die medizinische Praxis, die sich pragmatisch am einzelnen "Fall" orientiert, vernachlässigt die gesellschaftlichen Bedingungen menschlichen Handelns. Typisch dafür ist die Ausrichtung auf eine kurative (behandelnde) Medizin und die weitgehende Vernachlässigung prophylaktischer (vorbeugender) Maßnahmen (TROSCHKE, 1974).

Mit der Überwindung des naiven Glaubens an den unendlichen Fortschritt der Erkenntnisse, die das Leiden der Menschen abschaffen sollten, entsteht jetzt eine vermehrte Hinwendung zur Medizinischen Psychologie (BECKMANN, 1981).

### 1.1.2 Krankheit aus der Sicht der Gesellschaft

Aus der Sicht der Gesellschaft wird Krankheit als unverschuldetes Abweichen von gesellschaftlichen Normen verstanden. Die Gesellschaft hat Interesse am normkonformen Verhalten ihrer Mitglieder. Angepaßtes Verhalten gilt als "normal" oder "gesund". Für abweichendes Verhalten oder Sein gibt es unterschiedliche Toleranzgrenzen. Hauptkriterium ist das "Funktionieren", d.h. inwieweit der Einzelne seinen Rollenanforderungen nachkommt. Hält die Gesellschaft die Abweichung nicht aus, reagiert sie idealtypisch gesehen auf zwei Arten: zum einen bestraft sie mit negativen formellen oder informellen Sanktionen, wenn sie den Abweichenden für schuldig befindet und ihn dafür verantwortlich macht. Zum anderen wird er für unschuldig gehalten und ihm die Rolle des Kranken zugebilligt. Darin hat er Schutz vor Überforderung gegenüber den Leistungsansprüchen seiner Umwelt. Das allgemeine Interesse richtet sich auf seine baldmöglichste Rehabilitation (Wiedereingliederung).

MITSCHERLICH (1966) beschreibt Krankheit als Möglichkeit des Individuums, sein Nichtübereinstimmen mit den gesellschaftlichen Forderungen zum Ausdruck zu bringen.

Gesellschaftliche Legitimation seiner Erkrankung erhält der Kranke zu einem wichtigen Teil durch seinen Arzt. Der Arzt befindet sich teilweise in einem Spannungsfeld zwischen individuellen Wünschen des Patienten (Fluchtraum Krankheit) und gesellschaftlichen Anforderungen, sich um eine umgehende Regeneration der Ware Arbeitskraft zu bemühen (KRÄHE, SCHÖNING, 1970).

### 1.1.3 Krankheit aus der Sicht des Individuums

Für das Individuum ist Krankheit in erster Linie eine negativ empfundene Veränderung seines psychischen und physischen Befindens. Die WHO definiert:

"Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheiten und Gebrechen."

(Zitiert nach TROSCHKE, 1974, S. 287.)

Der zentrale Leitgedanke der ärztlichen Berufsaufgabe ist die Wiederherstellung der Gesundheit. Diese Wertordnung ist aber nicht unbedingt identisch mit der des Laien. Krankheit kann unter Umständen in einem Leben das kleinere Übel sein. Die psychosomatische Medizin hat darüber viele Erfahrungen gewonnen (UEXKOLL, 1979). Eine allgemeingültige Beschreibung von Krankheit relativiert sich in der Definition des Normalen.

### 1.1.4 Krankheit aus transzendentaler Sicht

Die Frage nach der Sinngebung stellt einen anderen Aspekt von Krankheit dar. Krankheit erscheint 'sinnvoll' innerhalb des jeweils geltenden theoretischen Bezugssystems verschiedener Erklärungsmodelle:

Das magische Krankheitsverständnis vermutet als Verursacher geheimnisvolle Kräfte irdischer oder überirdischer Mächte, die mit Ritualen vertrieben oder besänftigt werden müssen. Krankheiten sind Folgen des Ärgers der Geister über menschliches Fehlverhalten, können aber auch Unschuldige treffen.

Verschiedene philosophische Schulen deuteten Krankheit immer wieder als Prüfung bezogen auf die Endlichkeit des Lebens.

Das psychosomatische Krankheitsverständnis hält die Beachtung des Selbst- und Weiterlebens des einzelnen für notwendig, um die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten begreifen zu können. Die psychosozialen Faktoren von Krankheiten sind in diesem Sinn nicht nur Begleiterscheinungen und als solche individuelles Problem des Betroffenen, sondern ursächlich an der Krankheitsentwicklung beteiligt.

## 1.2 Ober Gesundheit und Krankheit

### 1.2.1 Gesundsein

Solange wir gesund sind, erscheint das Leben garantiert, der Tod wird vergessen. Erst im Krankwerden und -sein werden wir an unsere Sterblichkeit erinnert. Wir nehmen nicht wahr, daß wir seit der Geburt sterben, daß unsere Gehirnzellen zugrunde gehen, ohne durch neue ersetzt zu werden. Gesundheit gilt in allen Kulturen als einer der höchsten gesellschaftlichen Werte. Besonders in den westlichen Industriegesellschaften wird sie zu dem zentralen Wert. Gesundheit ermöglicht, die sozialen Rollen auszufüllen und das Leben zu genießen.

#### 1.2.1.1 Leitbilder

Leitbilder der modernen Industriestaaten (gut zu sehen in der Werbung) sind strahlende, gesunde, junge Menschen ohne den geringsten Makel. In der Leistungsgesellschaft heißt Gesundheit vor allem arbeiten, d.h. produzieren können. Auch die staatlich geregelten Rentenversicherungsmaßnahmen sollen der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit dienen.

"Erst der Mangel an Arbeitskräften brachte das staatliche Interesse an der Erhaltung der Arbeitskraft. Die Prävention von Krankheiten, die Rehabilitation des Erkrankten, wurde organisiert. Erst seit wenigen Jahren erkennen auch die Krankenkassen, daß es auf lange Sicht kapitalsparender ist, Vorsorgeuntersuchungen (z.B. Karzinomprophylaxe) oder psychotherapeutische Behandlungen zu vergüten. Die vorrangige Orientierung an der Produktivkraft zeigt sich u.a. im Vergessen oder Verdrängen von Minderheiten, die für die Produktion relativ uninteressant sind (z.B. behinderte Kinder, Obdachlose, etc.)."  
(TROSCHKE, 1974, S. 288).

### 1.2.1.2 Gesundheitsverhalten

Ich möchte nur kurz auf das Gesundheitsverhalten des einzelnen Menschen eingehen. Um bewußt einer Erkrankung vorbeugen zu können, muß jeder die Möglichkeit seines Krankwerdens und Sterbenmüssens akzeptieren. Diese Gefahren werden allgemein verdrängt und geleugnet. Jeder hofft, "daß es gut gehen wird." Dem "sich zu Tode Essen und Trinken" liegen unter Umständen unbewußte Selbstzerstörungswünsche zugrunde.

Die Industrie und der Staat sind unter den Gesichtspunkten der Erhaltung der Produktivkraft an der Gesundheit des einzelnen interessiert.

"In werbepsychologisch ausgearbeiteten Programmen (z.B. Trimm-Dich-fit-Aktion) wird seit einigen Jahren versucht, bei der Bevölkerung ein präventives Bewußtsein zu entwickeln. Die Unterstützung des Staates geht dabei aber nur selten über die Interessen der Wirtschaft hinaus (z.B. Zigarettenrauchen, Fernseh-, Lebensmittel- und Alkoholkonsum etc.)".  
(TROSCHKE, 1974, S. 289).

Das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung ist ganz unterschiedlich und zeigt sich, wie auch die Chancen des einzelnen, gesund zu bleiben, abhängig von den sozialen, den gesellschaftlich bestimmten Bedingungen.

Näheres zu diesem sozialmedizinisch äußerst wichtigen Thema findet sich bei VOIGT (1978), SCHÄFER, BLOHMKE (1978) und BLOHMKE et. al. (1977).

### 1.2.2 Krankwerden

Die Phase des Krankwerdens liegt zwischen dem Gesundsein und dem Kranksein. Die Entscheidung zum Kranksein ist von vielen Faktoren abhängig. TROSCHKE (1974) verweist diesbezüglich auf die schichtabhängige Interpretation von Krankheitssymptomen, die sozialisierte Indolenz gegenüber Beschwerden (Mädchen dürfen eher weinen als Jungen) und die weitverbreitete Angst vor dem Krankwerden.

LEVITT (1971) vermutet, Wissen über eine Krankheit oder über Krankheiten im allgemeinen beuge der Angst vor, da die Krankheitsangst teilweise auf falscher oder mangelnder Information beruhe.

Man könnte auch das Medizinstudium als Prophylaktikum ansehen, wenn man wie SCHMALE (1976) annimmt, daß viele Ärzte wegen ihrer eigenen Furcht um Ge-

sundheit und Leben das Feld der Medizin betreten.

TROSCHKE (1973) beschreibt sechs Entscheidungsschritte, die nach dem Auftreten von Beschwerden notwendig sind, damit es zum Arztbesuch kommt:

- 1) Bewußtes Wahrnehmen und Akzeptieren der Beschwerden.
- 2) Beschwerden müssen als störend erlebt werden.
- 3) Einschätzung als Symptom einer Krankheit (Symptomtoleranz und Resignation bei Beschwerden ist z.B. in der Unterschicht signifikant höher).
- 4) Einschätzung als behandlungsbedürftig.
- 5) Entscheidung, Hilfe bei anderen zu suchen.
- 6) Entscheidung, Hilfe eines Arztes für notwendig zu erachten.

Im Krankheitsverhalten (aktives Bekämpfen oder passives Ertragen) zeigen sich die Folgen dieser Entscheidungen.

### 1.2.3 Kranksein

#### 1.2.3.1 Namensgebung

Es scheint sehr wichtig für den Betroffenen zu sein, einen Namen für seine Beschwerden zu bekommen. Man denke an den Machtverlust von Rumpelstilzchen, als die Prinzessin seinen Namen wußte. Dadurch, daß man den bösen Geist beim Namen rief, bannte man ihn zugleich. Durch die Benennung versucht der Mensch, Herr der Dinge zu werden.

Ähnliches zeigt sich auf der ärztlichen Seite in der Vielzahl von Namen für funktionelle Störungen, Syndrome. Statt Beschwerdekongstellationen zu beschreiben, werden sie benannt, ohne daß sich daraus irgendwelche Erkenntnisse über Pathogenese oder Therapie ergeben.

Andererseits beinhaltet die Benennung einer Erkrankung für den Betroffenen auch eine unnötige Belastung durch gesellschaftlich verbreitete oder individuelle, aber falsche Vorstellungen über die Krankheit. Krebs als Krankheit zum Beispiel gilt oft als Synonym für Tod, und seine Mitteilung wird als Todesurteil interpretiert.

Die Gedanken eines Menschen über die ihm benannte Krankheit sollten schon bei der Diagnosemitteilung erfragt und besprochen werden.

### 1.2.3.2 Akzeptierung der Diagnose

Oft leiden Menschen, ohne daß ihr Leiden mit einer klaren Diagnose bestätigt werden kann (z.B. Kopfschmerzen). Die Beschwerden können mit den Methoden der Schulmedizin nicht objektiviert und als Krankheit anerkannt werden. Die Betroffenen versuchen häufig, bei einem anderen Arzt Anerkennung für ihre Beschwerden zu finden. Andere protestieren gegen die Diagnose (z.B. Karzinomkranke), versuchen bei anderen Ärzten eine weniger gefährliche Diagnose zu bekommen (zur Verleugnung als Anfang der Bewältigung siehe 1.2.5).

Langfristig muß der Betroffene seine Krankheit akzeptieren lernen, auch um wirkungsvoll dagegen ankämpfen zu können.

"Gegen die sozialen Bedingungen, die ihn haben krank werden lassen (z.B. Arbeitsplatzsituation, Wohnsituation etc.) kann er dagegen nur ankämpfen, wenn er sich nicht damit abfindet. ... Die Gesunden (die nicht an den bestehenden Verhältnissen leiden) wollen den status quo erhalten und sind nicht an der Veränderung krankmachender Bedingungen interessiert. Deshalb werden soziogene Krankheiten häufig individualisiert und zum persönlichen Schicksal des Betroffenen erklärt (so denkt niemand daran, die Position des Werkmeisters abzuschaffen "nur" weil diese Berufsgruppe signifikant häufiger an Magengeschwüren erkrankt)."  
TROSCHKE, 1974, S. 293.

Einsichtigerweise werden verschiedene Krankheiten unterschiedlich erlebt, was wesentlich von der Art, des Ortes, der Intensität und der Dauer von Symptomen bestimmt wird. Krankheit hat auch in den verschiedenen Altersstufen eine unterschiedliche Bedeutung. Auf die individuell erstaunlich unterschiedliche Einschätzung wies LIPOWSKI (1970) hin. Krankheiten werden angesehen als:

- Herausforderung (Situation, die gemeistert werden muß)
- Feind,
- Bestrafung,
- Schwäche,
- Entlastung,
- irreparable Schädigung oder Verlust,
- Wert (Chance zu reifen).

### 1.2.3.3 Folgen der Erkrankung

Aus einer Krankheit und deren Behandlung ergeben sich für das betroffene

Individuum konkrete Belastungen, die COHEN und LAZARUS (1979) folgendermaßen kategorisieren:

1. Gefährdung des Lebens und Ängste, verbunden mit dem Sterben.
2. Gefährdung der körperlichen Integrität und des Wohlbefindens (durch die Krankheit, die diagnostischen Prozeduren oder die medizinische Behandlung),
  - a) körperliche Verletzung oder Behinderung,
  - b) permanente körperliche Veränderungen,
  - c) körperlicher Schmerz, Unbequemlichkeit und andere negative Symptome der Krankheit oder Behandlung durch Verlust von Fähigkeiten.
3. Gefährdung des Selbstkonzepts und der Zukunftsplanung,
  - a) Notwendigkeit, das eigene Selbstbild oder Einstellungssysteme zu ändern,
  - b) Unsicherheit über den Verlauf der Krankheit und über die Zukunft,
  - c) Bedrohung der Lebensziele und Werte,
  - d) Verlust von Autonomie und Selbststeuerung.
4. Bedrohung des emotionalen Gleichgewichts, d.h. die Notwendigkeit, sich mit Gefühlen von Angst, Ärger und anderen Emotionen zu beschäftigen, die als Ergebnis der anderen beschriebenen Streßarten auftreten.
5. Gefahr des Verlustes der gewohnten sozialen Rolle und der Aufgabe von geschätzten Aktivitäten,
  - a) Trennung von der Familie, Freunden und anderen sozialen Stützen,
  - b) Verlust wichtiger sozialer Rollen,
  - c) Unvermeidlichkeit der Abhängigkeit von anderen.
6. Bedrohungen, die die Notwendigkeit der Anpassung an neue physikalische und soziale Umgebungen einschließen,
  - a) Anpassung an die Umgebung des Krankenhauses,
  - b) Probleme des Verstehens der medizinischen Terminologie und der medizinischen Gebräuche,
  - c) Notwendigkeit der Entscheidungsfindung in belastenden und unvertrauten Situationen.

(COHEN, LAZARUS 1979, zitiert nach DRUKARCZYK, 1980, S. 91f.).

Häufig zu wenig beachtet scheint mir die Gefahr der sozialen Isolierung des Kranken. Jeder Kranke ist einsam in seinem Kranksein, er ist tagsüber meist länger mit sich allein, als er es als Gesunder war. Außerdem ist er für die Umwelt nicht mehr so "interessant". Jeder kennt die verlegenen Höflichkeitsbesuche, das betretene "es wird schon wieder". Die Verminderung seines sozialen Kontaktes kann Gefühle der Verlassenheit und Hoffnungslosigkeit intensivieren (vgl. 1.2.5). Soweit als möglich in das gewohnte soziale Leben integriert zu sein, kann die Krankheitsbewältigung erleichtern.

Die medizinische Versorgung ist hauptsächlich bemüht, die Gefährdung des Lebens und die Beeinträchtigung des körperlichen Wohlbefindens zu reduzieren. Andere Belastungen, wie die Verunsicherung des kranken Menschen in

seinem Gefühlsgleichgewicht, seiner Zukunftsplanung oder in seinem Selbstwertgefühl, müssen von ihm genauso verarbeitet werden. Das ist auch notwendig zur Wiedererlangung seelischer Stabilität und sozialer Funktionsfähigkeit.

Krankheit wirkt aber nicht nur auf das betroffene Individuum, sondern auch auf dessen engeres soziales Umfeld, im besonderen auf seine Familie. Bei den Familienmitgliedern treten manchmal Schuldgefühle auf, sich zu wenig um den Kranken gekümmert, ihn so oft geärgert zu haben etc.

"Diese Schuldgefühle führen entweder zu einem (anfänglichen) übertriebenen Pflegebedürfnis oder dazu, die Krankheit zu verharmlosen. Man macht den Kranken den (unbewußten) Vorwurf, daß man durch sie in seinen eigenen Aktivitäten gehemmt ist. Da derartige Vorwürfe aber sozial nicht erlaubt sind, werden sie verdrängt.  
(TROSCHKE, 1974, S. 296).

So belasten wechselseitige Erwartungen, Schuldgefühle und Ängste das Verhältnis der Gesunden zu den Kranken.

Der Kranke kann aber auch der Familie sehr willkommen sein. RICHTER (1970) spricht vom "Patient Familie". Der Kranke kann die Rolle eines Sündenbocks, Stars oder Tyrannen bekommen. Zerstrittene Ehen können zeitweise stabilisiert werden, wenn durch die Krankheit ein Ehepartner vom anderen eindeutig abhängig wird. Funktionierende Ehen können zerbrechen, weil die Abhängigkeit unerträglich sein kann, sowohl für den kranken als auch für den gesunden Partner.

Bezüglich der Auswirkungen einer Brustkrebserkrankung auf das Familiensystem verweise ich auf Punkt 6.6 und im Teil II auf Punkt 10.

Während des Krankseins ergeben sich für den betreffenden Menschen drei Perspektiven: Gesundwerden, Krankbleiben, Sterben.

#### 1.2.4 Gesundwerden

Während der Rekonvaleszenz stellt sich der Kranke wieder auf seine Familie, seinen Beruf, sein Leben ein.

Offiziell beendet der Arzt mit dem "Gesundschreiben" den Zustand des Krankseins. Die Schonung ist vorbei, der Arbeitsalltag beginnt. Besonders bei älteren Menschen kann die plötzliche Umstellung eine so große psychische und somatische Belastung sein, daß sie zu Rückfällen führt.

#### 1.2.5 Krankbleiben

Viele aber müssen lernen, mit ihrer Krankheit zu leben, ihre bisherigen Lebensgewohnheiten zu ändern, sich der Krankheit und ihren Folgen anzupassen.

Manche verleugnen die Erkrankung, andere ziehen sich zurück, werden depressiv, einige versuchen, sich zu wehren und werden nörglerisch und aggressiv, was zu Spannungen mit den Pflege- und Bezugspersonen führen kann. Nur wenigen gelingt es, sich ohne Schwierigkeiten in ihr Schicksal zu ergeben. Je weniger die Umwelt bereit ist, über die wechselseitigen Ängste und Befürchtungen zu sprechen, desto schwieriger hat es der Betroffene.

Viele Veröffentlichungen, vor allem in der anglo-amerikanischen Literatur, beschäftigten sich mit dem "coping" von Krankheiten, d.h.: bewältigen, mit etwas fertig werden.

Umfassend wird "coping" definiert als ein Bemühen um Problemlösung im Rahmen einer Strategie der Anpassung an schwierige und ungewöhnliche Ereignisse (MURPHY, 1974; WHITE, 1974).

Die Art und Weise, wie jemand die Situation der Erkrankung interpretiert und bewertet, bestimmt seine Bewältigungsstrategien. Die Bewertungsprozesse laufen bewußt und unbewußt ab. Sie zu erkennen, ermöglicht, das Verhalten des Erkrankten zu verstehen. Die verschiedenen Bewältigungskonzepte in der psychologischen Literatur werden hier nicht im einzelnen dargestellt, eine ausgezeichnete Übersicht findet sich bei DRUKARCZYK (1980).

Die intrapsychischen Abwehrmechanismen sollen hier aber erwähnt werden, da sie beim Kontakt mit Krebskranken häufig Schwierigkeiten machen. Die Anpassung an die Wirklichkeit ist für einen Kranken häufig nur möglich, wenn das Annehmen der Wahrheit längere Zeit hinausgeschoben wird und in kleinen Schritten verläuft. Die Wahrheit scheint für die psychische Organisation des Individuums zu bestimmten Zeitpunkten unerträglich zu sein. Die Abwehr hat einen legitimen Platz in der Strategie der Anpassung. Die Abwehrmechanismen können als adaptive Vorgehensweisen verstanden werden, wenn sie

kurzfristig oder vorübergehend sind. Langfristig gesehen verhindern sie aber den Bewältigungsprozeß.

Bewältigung ist nicht eine einzelne Leistung, sondern eine Entwicklung in der Zeit. So lassen sich auch nicht allgemeine Aussagen über die Zweckmäßigkeit bestimmter Strategien machen, wenn man ein Individuum nur aus einer Situation kennt. Aufgabe der psychologischen Forschung wäre es, zu klären, was wem wann am meisten hilft.

Chronische Krankheiten erfordern mehr oder minder entscheidende Umstellungen für den Betroffenen und seine Bezugsgruppe. Sie begleiten den Menschen sein ganzes weiteres Leben.

"Sie können scheinbar ausheilen (z.B. Tbc) oder auch immer wiederkommen. Sie können in regelmäßigen (z.B. Malaria, Migräne) oder unregelmäßigen Abständen (z.B. Asthma) auftreten oder immer da sein (z.B. Leukoplakie). Sie behindern den Kranken stark (z.B. Amputation eines Armes) oder nur wenig (z.B. Weitsichtigkeit). Sie sind für die Umwelt leicht erkennbar (z.B. Rhinophym) oder nicht (z.B. anus praeter naturalis = künstlicher Darmausgang). Sie sind psychisch mehr (z.B. entstellende Gesichtskrankheiten) oder weniger (z.B. Hammerzehe) belastend."  
(TROSCHKE, 1974, S. 301).

Die Solidarisierung gleichermaßen Betroffener hilft dem Einzelnen, mit den Folgen des chronischen Krankseins besser fertig zu werden. Die gemeinsame Aufstellung und Kontrolle strenger Gruppennormen helfen besonders Suchtkranken. Wichtig ist auch die emotionale Zuwendung, die der einzelne durch die Gruppe bekommt.

Auf Selbsthilfegruppen komme ich noch später zurück (vgl. 6.10).

Der chronisch Kranke kann nicht mehr so leben wie der Gesunde. Sein Leiden behindert ihn, womit er sich oft abfinden kann. Aber er wird sich nicht überall umstellen können, sondern auf vieles verzichten müssen.

"Auch der Gesunde 'kann sich nicht alles leisten'. Zumindest wird er sich dessen aber nicht so bewußt und lebt weitgehend in der Vorstellung seiner Omnipotenz und redet sich ein, daß seine Einschränkungen freiwillig übernommen sind. Durch diese unrealistische Scheinfreiheit wird es für den Gesunden schwierig, den Kranken als Partner zu akzeptieren. Ist der Kranke dagegen schwach und hilflos, bestätigt er dem Gesunden die eigene Stärke und Gesundheit. So verhalten sich viele Gesunde Kranken gegenüber überheblich und herablassend. Auf lange Sicht geht man ihnen aber lieber aus dem Weg".  
(TROSCHKE, 1974, S. 302).

Chronische Krankheiten, aber auch andere, sozial relevante Merkmale (im Gefängnis gesessen zu haben, einer nationalen, politischen, religiösen, rassischen oder anderweitigen Minderheit anzugehören) können Stigmen sein. Als Stigma bezeichnet GOFFMANN (1967) jede Eigenschaft, die ihren Träger in den Augen der Umwelt tief diskreditiert.

Für die "Normalen" wirken Stigmen als Stereotype und beeinflussen somit erheblich deren Wahrnehmung und Reaktion.

Die Unsicherheit dem Andersartigen gegenüber entsteht oft als Folge mangelnder Identität und Selbstsicherheit.

"Je weniger man sich seiner Gesundheit sicher ist, d.h., je weniger man sich mit dem eigenen Krankwerden und Sterbenmüssen auseinandersetzt, umso stärker ist die Angst davor, sich 'anzustecken'. Man geht lieber schnell weiter und sieht weg."  
(TROSCHKE, 1974, S. 303).

Es ist auch möglich, daß der Gesunde dem Kranken helfen will, aber nicht weiß, wie er sich verhalten soll. Aus Angst, etwas falsch zu machen, können ein bewußtes Meiden und Ablehnung resultieren.

Nur frühzeitiges Ausdrücken und Austauschen der wechselseitigen Befürchtungen und Gefühle verhindern beidseitigen Rückzug (WITKIN, 1975).

Ein besonderes Problem für den Menschen, der ein Stigma später im Leben erwirbt, ist, daß er vorher im Laufe seiner Sozialisation

"den Standpunkt der Normalen kennenlernt und in sich aufnimmt und hierbei den Identitätsglauben der weiteren Gesellschaft und eine allgemeine Vorstellung davon erwirbt, wie es sein würde, ein bestimmtes Stigma zu besitzen."  
(GOFFMANN, 1967, S. 45).

"Voraussichtlich wird sein besonderes Problem seine Neuidentifizierung sein und mit besonderer Wahrscheinlichkeit wird er eine Mißbilligung seiner selbst entwickeln."  
(GOFFMANN, 1967, S. 48).

Der stigmatisierte Mensch ist unsicher, wie die "Normalen" ihn identifizieren und aufnehmen werden. Er weiß nicht, was die anderen "wirklich" über ihn denken. Er vermeidet verstärkt Kontakte.

"Da es das heilsame feed-back des täglichen sozialen Umgangs mit anderen entbehrt, kann das isolierte Ich argwöhnisch, depressiv,

feindselig, ängstlich und verworren werden." (GOFFMANN, 1967, S. 22).

Der Normale ist hin- und hergerissen zwischen Mitleid, Neugierde, Angst, Verachtung oder Ekel. Im Mitleid steckt aber auch der Glaube an einen tatsächlichen Wertverlust. Dadurch verstärkt es beim Träger des Stigmas dessen Vorstellungen eigener Inkomplettheit und Wertlosigkeit.

Die an Brustkrebs erkrankte Frau ist nach ihrer Brustamputation mehrfach stigmatisiert. Der Verlust ihrer Brust bedroht ihre sexuelle und mütterliche Identität und darüber hinaus ihre Identität als Gesunde (PEREZ-GAY, 1980, vgl. auch 6.2).

Damit es nicht zu einer Emigration in die Isolation kommt, müssen Stigmatisierte und "Normale" lernen, miteinander umzugehen. Am wichtigsten ist es, ein Menschenbild zu haben, das jedem Mann, jeder Frau und jedem Kind, unabhängig von deren körperlicher und geistiger Beschaffenheit, das Recht auf volle Wertschätzung als menschliches Wesen zuschreibt.

Es lassen sich allgemeine Ziele für die Unterstützung von chronisch Kranken formulieren. Sie könnten darin bestehen, dem erkrankten Menschen die Gefühle von

- Selbstbestimmung,
- Nützlichkeit,
- Selbstachtung und
- Selbstwert

zu ermöglichen.

Dabei müssen die Helfer professioneller oder nicht-professioneller Herkunft die Eigenarten der zu bewältigenden Situation, die sozialen Unterstützungsmöglichkeiten im Alltag und die Persönlichkeit des Betroffenen kennen. Bei der Bereitstellung psychosozialer Hilfe sind besonders die Zeiten größter Hilfsbedürftigkeit im typischen Verlauf einer Erkrankung zu berücksichtigen (vgl. 6.3).

### 1.2.6 Sterben

Dem Tod als Ende des menschlichen Lebens kann niemand entkommen. Die Einstellung zu ihm hängt ab von den soziokulturellen Bedingungen (FERBER, FERBER, 1978; ARIES, 1980).

"Mir scheint, daß wir uns in unserem Leben auf nichts so wenig vorbereiten, wie auf unser Sterben. Dabei ist der Tod das Sicherste, was in unserem Leben eintreten wird." (TAÜSCH, 1981, S. 214).

Die überwiegende Mehrzahl der Menschen stirbt bei uns in Krankenhäusern oder Altersheimen, nicht mehr im Kreis der Familie, sondern in einer anonymen Organisation, oft einsam in einem Sterbe- (oder Bade-) zimmer.

Nicht jeder Mensch stirbt langsam. Der plötzliche Tod wird gerade in unserer Gesellschaft, die den Tod verdrängt, von vielen erhofft. Die Bedeutung psychosozialer Faktoren auch bei plötzlichen Todesfällen soll erwähnt werden:

"Mit der Einrichtung einer allgemeinen und obligatorischen Entlassung aus dem Arbeitsprozeß nimmt die Gesellschaft den Tod voraus. Der Rentner, der Pensionär, ist weitgehend sozial gestorben. Die Alten fristen häufig in Altersheimen ein Leben am Rande der Gesellschaft. In diesem Kontext überrascht das Phänomen des Pensionierungstodes nicht. Kurz nach der Berentung oder Pensionierung finden sich gehäuft Todesfälle: der weitgehende Verlust sozialer Rollen führt zu einem Selbstwertverlust und zu Hoffnungslosigkeit." (TROSCHKE, 1973, S. 520).

Der Sterbende muß oft allein mit seinem Sterbenmüssen fertigwerden. KOBLER-ROSS (1978) beschrieb sehr beeindruckend nach über 200 Interviews mit Sterbenden fünf Phasen:

**Erste Phase: Nicht-wahrhaben-wollen und Isolierung.**

Die Patienten versuchen die Krankheit und die unerträgliche Diagnose vor sich selbst abzuleugnen, nicht nur am Anfang, sondern auch später immer wieder, um das Leben überhaupt fortsetzen zu können.

**Zweite Phase: Zorn.**

Der Patient rebelliert gegen sein Schicksal. Er fragt sich immer wieder: "Warum ich?", "Warum jetzt?". Er verteilt seinen Zorn in alle

Richtungen. Die Umgebung fühlt sich ungerecht behandelt, aber scheut sich in Streit zu geraten. Die Isolation des Kranken wird noch größer.

"Wenn der Patient Verständnis findet, wenn man ihm Zeit und Aufmerksamkeit widmet, wird er bald wieder ruhiger werden und weniger fordernd."  
(KÜBLER-ROSS, 1978, S. 28).

#### Dritte Phase: das Verhandeln.

Es ist ein meist sehr flüchtiger, aber oft hilfreicher Versuch, das Unvermeidliche durch eine Art Handel hinauszuschieben. Meistens ist es ein geheimgehaltener Handel mit Gott und wird höchstens dem Pfarrer angedeutet.

#### Vierte Phase: Depression.

Wenn der Todkranke sein Schicksal nicht mehr verleugnen kann, erlebt er das Gefühl eines schrecklichen Verlustes und daraufhin eine reaktive Depression. In der Depression bereitet sich der Sterbende aber auch auf den Abschied von der Welt vor.

"Wer ihn jetzt immer wieder auf die lichtereren Aspekte hinweist, verbietet es ihm, über sein nahes Ende nachzudenken. Er muß trauern dürfen."  
(KÜBLER-ROSS 1978, S. 59).

Wenn der Kranke genug Zeit hat und wenn er Hilfe erfährt, kann er die

#### Fünfte Phase: die Zustimmung,

erreichen. Er hat den Tod akzeptiert und kann gelassen sterben.

Im Verlauf längerer maligner Erkrankungen verläuft diese Entwicklung nicht so geradlinig, sondern oft vor- und rückwärts. Die Phasen existieren auch nebeneinander. Fast immer ist in jeder Phase die Hoffnung vorhanden, daß es vielleicht doch noch gut gehen wird. Der Hoffnungsschimmer ermöglicht es, das Leiden zu ertragen.

Um sterbenden Menschen helfen zu können, benötigt man den Mut, sich mit seiner eigenen Sterblichkeit auseinanderzusetzen. Wichtig ist es für den Sterbenden jemanden zu haben, der bei ihm ist, ihm die Hand hält, ihm zuhört oder auch für ein begleitendes Gespräch oder ein gemeinsames Schweigen Zeit hat.

Nach dem Sterben eines Menschen hat der Hausarzt bei der Lebenshilfe für die Angehörigen eine Schlüsselfunktion (SELLSCHOPP, HÄBERLE 1980). Bei ihnen beginnt noch einmal der gleiche Realisierungsprozeß des Sterbens, von der Verleugnung bis zur Anerkennung. Häufig werden frühere Sterbefälle, die eine besondere Bedeutung hatten, wieder aktualisiert und müssen von den Angehörigen ausgesprochen werden. Der Hausarzt ist manchmal für längere Zeit ein notwendiger Bindungsersatz, bis von einem Angehörigen eine neue Außenbeziehung eingegangen werden kann.

## 2. ZUR KREBSHAUFIGKEIT

### 2.1 Definition

Eine Krankheitsgruppe ist sehr, wenn nicht sogar am meisten gefürchtet. Wie der Teufel hat sie viele Namen: Krebs, Malignom, Tumor, Neoplasma, bösartige Geschwulst, Karzinom. Gemäß PSCHYREMBEL (1972) benannte HIPPOKRATES (460 - 397 v.Chr.) nichtheilende Geschwüre als Krebs. PSCHYREMBEL definiert Krebs als

"eine bösartige epitheliale Geschwulst mit raschem, infiltrativem Wachstum, wobei Metastasen (Tochtergeschwülste) gesetzt werden." (PSCHYREMBEL, 1972, S. 590).

Ohne hier näher auf die histologischen Unterschiede einzugehen, will ich Krebs als allgemeinen Begriff für bösartige Neubildungen einschließlich derjenigen der lymphatischen und blutbildenden Organe verwenden und im besonderen den Brustkrebs betrachten.

### 2.2 Mortalitätsraten

Nach der Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes (1980) starben 1979 in der Bundesrepublik und West-Berlin 711.700 Menschen. Davon war bei 154.600 Krebs allgemein und bei 12.200 Brustkrebs die Ursache.

#### 2.2.1 Todesursachenstatistik

Die Todesursachenstatistik wird nach Angaben auf dem Leichenschauschein zusammengestellt, wobei aber nur ein Leiden als Todesursache gezählt werden darf. Bei dieser unikausalen Signierung wäre es möglich, daß viele bösartigen Neubildungen in der Statistik gar nicht auftauchen. Aber NEUMANN (1972) kommt aufgrund einer Sondererhebung zu dem Schluß, daß nur ein Defizit ganz untergeordneter Bedeutung entsteht.

Man kann diese Sterbefälle je nach Todesursache und Altersgruppe berechnen, wie es FRENTZEL-BEYME, LEUTNER, WAGNER, WIEBELT (1979) für die Zeit von 1955 bis 1975 taten. Die Sterblichkeitsziffern für Brustkrebs in der Al-

tersgruppe 35- bis 64-jähriger Frauen sind in allen Bundesländern angestiegen und liegen bei Werten von 40 bis 50 pro 100.000 Einwohnern. In dieser Altersgruppe starben 1955 3.655 Frauen und 1975 5.076.

Die Todesursachenstatistik reicht alleine nicht aus für eine Krebs epidemiologie , aber sie ist eine gute Einstiegsmöglichkeit.

### 2.2.2 Krebsregister

Für eine vollkommene Dokumentation müßte sichergestellt sein, daß alle Fälle einer definitiven Bevölkerung oder Teilbevölkerung erfaßt werden. Umfassende Krebsregistrierung könnte es ermöglichen, epidemiologische Zusammenhänge bei der Krebsentstehung zu untersuchen und wäre damit auch ein Instrument für eine primäre Krebsprävention (HUBER, ROHRMOSER, 1981). Für die Einrichtung von Krebsregistern gibt es enorme rechtliche Schwierigkeiten; es besteht ein Interessenkonflikt zwischen Patientenrecht (der Schutz der personenbezogenen Daten des Individuums) und Forschungszwängen und -wünschen. Die Bundesregierung plant Gesetzesänderungen, die die Einrichtung von zentralen Krebsregistern ermöglichen sollen (BUHM, WAGNER, 1981).

Es gibt aber in der Bundesrepublik zwei Krebsregister: in Hamburg seit 1927 und im Saarland seit 1966. Alle an der Behandlung beteiligten Institutionen stellen ihre Daten zur Auswertung zur Verfügung. Die Datensammlung ermöglicht noch keine endgültigen Schlüsse (KEDING, WAGNER et. al., 1973). Es wird jedoch angestrebt, damit Aussagen über Inzidenz und Prävalenz in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht, sozialer Umwelt und Lebensweise, regionale Unterschiede und Überlebenschancen bei verschiedenen Krebsarten zu machen und Anhaltspunkte zur Ätiologie zu geben.

Aber es werden nur 5% der Gesamtbevölkerung erfaßt und somit ist das Register nicht repräsentativ für die gesamte Bundesrepublik.

### 2.3 Inzidenz des Brustkrebses

Die Mortalität (Zahl der Todesfälle an einer Krankheit, bezogen auf die Zahl der Gesamtbevölkerung innerhalb eines Zeitraums) sagt nichts Definitives über die Inzidenz. Inzidenz bezeichnet die Zahl der innerhalb eines

bestimmten Zeitraums erstmals an einer bestimmten Krankheit Erkrankten, bezogen auf die Gesamtbevölkerung. Die Inzidenz kann auch steigen, obwohl die Mortalität sinkt. Die Entwicklung medizinisch-diagnostischer Möglichkeiten kann durch das vermehrte Erkennen einer Erkrankung die Inzidenz erhöhen.

In Europa und Amerika ist der Brustkrebs der häufigste Krebs bei Frauen. Er tritt mit steigender Frequenz vom 20. Lebensjahr bis zur Menopause auf. Nach der Menopause sinkt die Häufigkeit und hat einen zweiten Anstieg nach dem 65. Lebensjahr. Aus unklaren Gründen ist er in Japan und anderen östlichen Ländern viel weniger häufig (EMERSON, WILSON, 1980).

In neueren Veröffentlichungen (BERNSTEIN 1977, BRUNNER 1978) wird gesagt, eine von fünfzehn Frauen entwickle in den westlichen Industrieländern Brustkrebs. Die Ursache ist wie bei den meisten anderen malignen Krankheiten unbekannt, aber einige Faktoren beeinflussen die Inzidenz:

Das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, ist erhöht bei früher Menarche und später Menopause (älter als 50 Jahre), wenn die Frau bei der ersten Geburt älter als 35 war, keine Kinder hat oder nie verheiratet war. Nach WENDERLEIN (1979a) kommen diese Faktoren häufiger bei Frauen aus höheren Schichten vor.

Erhöhtes Risiko haben adipöse Frauen und solche mit Mastopathien. Ein besonders hohes Risiko tragen Töchter von Frauen mit beidseitigem Brustkrebs vor der Menopause. Die für das Erkrankungsrisiko große genetische Belastung bringt auch hohe psychische Belastung mit sich, weil die Frau wahrscheinlich das Schicksal dieser Erkrankung schon bei einer nahen Bezugsperson miterlebt hat.

Die Wahrscheinlichkeit steigt auch bei Anwesenheit früherer bösartiger Erkrankungen der Gebärmutter, des Eierstocks, des Dickdarms und der anderen Brust. Auch Röntgenstrahlen, wie bei der Mammographie erhöhen wahrscheinlich, besonders bei Frauen vor der Menopause, das Risiko (SWARTZ, REICHLING, 1977). Ein sehr wichtiger Faktor, der die Entwicklung des Brustkrebses beeinflusst, ist das Alter (BERNSTEIN 1977).

Individuell läßt sich jedoch das genaue Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, nicht voraussagen.

## 2.4 Krebsgefährdung der Menschen

OESER und KOEPPE (1979) stellten fest, daß, absolut gesehen, mehr Menschen als früher an Krebs sterben und auch die relative Krebsmortalität (Krebstote/Tote) ansteigt. Krebs wird ihrer Meinung nach real häufiger, weil das Leben des Menschen heute besser als früher vor anderen Krankheiten, speziell in der Kindheit, geschützt wird und weil die Anzahl der Menschen in der Zeitspanne der maximalen Krebsgefährdung, in den Lebensjahren 40 bis 70, in der Bevölkerung zunimmt.

"Die zahlenmäßige Beziehung zwischen Lebensalter und Krebshäufigkeit (Kriterium: altersspezifische Krebssterbeziffern) zeigt seit 1900 bis 1976 in der Bevölkerung des Deutschen Reiches, resp. der BR-Deutschland eine Konstanz."  
(OESER, KOEPPE, 1979, S. 68)

Die Zitierten wenden sich damit gegen die These einer umweltbedingten Zunahme der bösartigen Neubildungen, wie sie von BAUER und OTT (1965) formuliert wurde, und bezeichnen das Alter als solches als entscheidenden kausalen Faktor. Trotzdem deuteten sie schon 1970 die mit dem Alter exponentiell ansteigende Krebssterblichkeit als "Resultat einer multiplikativen Wirkung exogener Noxen oder endogener Faktoren bei der kausalen Tumorgenese" (OESER, KOEPPE, RACH, 1970, S. 2510).

Diese postulierte Konstanz der Krebsgefährdung in den einzelnen Altersklassen mit Ausnahme der erhöhten Krebssterblichkeit bei über 70-jährigen Männern wegen des Lungenkarzinoms stößt in der Literatur auf heftige Kritik. F. SCHMIDT (1980) hält die Ergebnisse von OESER und KOEPPE (1979) für "statistische Zahlenspielerereien" (F. SCHMIDT, 1980, S. 53) und pauschale Entschuldigung der Umweltschäden und ihrer Verursacher. OERTER (1981) hält nach eingehender Auseinandersetzung mit den Thesen von OESER und KOEPPE (1979) es für wissenschaftlich nicht haltbar, Krebs als unabänderliches Naturereignis im Sinne einer Naturkonstante zu interpretieren. Das sei

"zudem gefährlich, da so Versäumnisse in der Ursachenforschung zur Verhinderung von Prävention führen."  
(OERTER, 1981, S. 156).

### 3. KREBSENTSTEHUNG UND KREBSWACHSTUM

#### 3.1 Zur Krebszelle und ihrer Entstehung auf der Molekülebene

Als Karzinom wird das abnorme Zellwachstum bezeichnet, das in einer Infiltration des umgehenden normalen Gewebes oder in einer Ausbreitung zu entfernten Organen (Metastasen) resultiert. Der Grad der Malignität ergibt sich aus der Stärke der Invasion und Zellenaussaat.

Die Charakteristika einer bestimmten Tumorzelle sind im allgemeinen dauerhaft und werden an die Tochterzellen vererbt. Diese Eigenschaft kann man am besten durch strukturelle Änderungen der DNS in den Genen oder Chromosomen erklären. Es können einzelne Mutationen sein oder größere chromosomale Veränderungen, die aber nur bei wenigen menschlichen Neoplasien spezifisch und charakteristisch sind (z.B. das Philadelphia Chromosom bei der chronischen myeloischen Leukämie).

Nach LADIK und OTTO (1979) gibt es drei Theorien der Tumorentwicklung auf der Molekülebene:

das Mutagene Modell: die kanzerogene Information kann zufällig entstehen;

die Tumovirus-Theorie: Tumoviren, aus einer Krebszelle entnommen, können in normalen Zellen rasch Krebs verursachen;

die reading-error-Theorie: die kanzerogene Information ist bereits in den DNS-Molekülen der normalen Zellen enthalten, kann aber nicht wirksam werden, weil dieser gefährliche Teil der DNS durch geeignete Blockierungsproteine unterdrückt ist. Eine chemische Bindung von Karzinogenen könnte den kanzerogenen Teil der DNS freimachen und dieser seine Information weitergeben.

Bei allen diesen Hypothesen ist noch vieles im Unklaren. Auf der Molekülebene kann die Krebsgenese noch nicht definitiv erklärt werden. Eine genaue Darstellung dieser Problematik insbesondere mittels der Unterscheidung von Tumorinduktion und Tumorpromotion findet sich bei SANDRITTER (1981).

### 3.2 Genetische Disposition

Es gibt familiäre und genetische Krankheiten mit einem erhöhten Risiko, an Krebs zu erkranken. Man kann diese aufteilen in eine Gruppe, die ein gut definiertes Vererbungsmuster mit großer Häufigkeit bei den Familienmitgliedern (z.B. Retinoblastom) hat, und in eine solche, die mit einem stark erhöhten Risiko einhergeht (wie Multiple Polyposis des Kolons oder das Mammakarzinom). Die Mechanismen sind nicht bekannt. Vererbte Immundefektsyndrome (z.B. Ataxia teleangiectatica und Agammaglobulinämie) zeigen auch ein vermehrtes Tumorrisiko (SAAL, 1977).

#### 3.2.2 Immunologie

Nach Organtransplantationen traten stark gehäuft und nach auffallend kurzen Induktionszeiten maligne Lymphome auf (ULTMANN, COLOMB, 1980). Die immundepressive Behandlung veranlaßt möglicherweise "schlafende" Tumorzellen zur Vermehrung oder übt sogar per se eine karzinogene Wirkung aus. Wegen dieser unklaren Wechselwirkung muß man vor einer "zu großzügigen Durchführung immundepressiver Maßnahmen bei nicht klarer Indikationsstellung" warnen (SCHMAHL, 1973, S. 16).

Nach WARNATZ (1979) geht das Konzept der Immunsurveillance davon aus, daß das Tumorstadium wesentlich durch immunologische Abwehrmechanismen beeinflußt wird. Voraussetzung für die Induktion einer Immunabwehr ist der Nachweis spezifischer Tumorantigene. Diese wurden im Tierversuch bei virus- und karzinogeninduzierten Tumoren gefunden. Bei spontan entstehenden Tumoren im Tier wird jedoch der Nachweis immunologischer Abwehrmechanismen in vivo schwer. Beim Menschen konnten solche spezifischen Tumorantigene nur in wenigen Fällen nachgewiesen werden. WARNATZ (1979) folgerte:

"Es gibt keinen eindeutigen Hinweis, daß das Wachstum spontaner Tumoren durch immunologische Mechanismen beeinflußt, bzw. kontrolliert wird.  
(WARNATZ, 1979, S. 138).

### 3.4 Viren

Viren können fast in jedem Säugetier und in vielen anderen Tierspezies Neoplasien verursachen. Wieweit aber beim Menschen bösartige Tumoren durch

Viren verursacht werden oder diese an der Entwicklung beteiligt sind, ist noch eine offene Frage (FLECKENSTEIN, 1977). Hinweise darauf gibt es durch den kausalen Zusammenhang zwischen dem Epstein-Barr-Virus - einem DNA-Herpes-Virus - und dem Burkitt-Lymphom und dem Nasopharynxcarzinom. Beide Tumoren lassen beim Menschen auch sichere Tumorantigene finden.

### 3.5 Chemische Karzinogenese

Bereits 1775 bemerkte POTT, daß Männer, die in ihrer Jugend längere Zeit als Schornsteinfeger gearbeitet hatten, im Alter gehäuft an dem sonst seltenen Hautkrebs des Hodensacks erkrankten. Der Zusammenhang mit der Rußverschmutzung war offensichtlich. Im letzten Jahrhundert stellte VIRCHOW fest, daß Tumoren dort auftreten, wo chronische Reize auf Zellen und Gewebe einwirken. Diese als Reiztheorie bekannte Vorstellung trug maßgeblich mit dazu bei, wissenschaftlich systematisch nach krebserzeugenden (karzinogenen) Faktoren zu suchen.

#### 3.5.1 Chemische Substanzen in der Umwelt

Daß der Ort der Aufnahme einer chemischen Substanz und der Wirkungsort der karzinogenen Verbindung nicht identisch sein müssen, zeigte sich schon 1895, als REHN gehäuft Blasenkrebs bei Arbeitern in einer Anilinfabrik beobachtete.

"Mit chemischen Agentien ist es heute im Experiment möglich, bei den meisten Tierarten in praktisch allen Organen gezielt Krebs zu erzeugen.  
(SCHMAHL, 1973, S. 16).

Oft liegt eine lange Latenzzeit zwischen dem Kontakt mit dem Karzinogen und der Entwicklung einer Neoplasie, so daß, wenn nicht ein seltener Krebs entsteht, mögliche Zusammenhänge gar nicht beachtet werden. Vermehrte Hinweise könnten sich aus dem Ausbau der schon erwähnten Krebsregister ergeben.

Die Kausalbeziehung zwischen der zunehmenden Luftverschmutzung und dem Anwachsen der Lungenkrebsmortalität, verstärkt durch das individuelle Rauchen, befindet sich mittlerweile in der öffentlichen Diskussion vieler in-

dustrialisierter Länder (BERNDT, 1977). Der Sozialmedizin wird dabei häufig nur die warnende "Kassandrarolle" (FERBER, FERBER, 1978, S. 87) zugewiesen. Ihr fehlt derzeit zur Durchsetzung primärpräventiver Maßnahmen das entsprechende Instrumentarium.

Heute sind mehrere hunderte, teils schwach, teils stark karzinogen wirkende Verbindungen bekannt (KRAUSE, 1981). Eine Übersicht über die verschiedenen Substanzen findet sich bei SANDRITTER (1981).

Erst in jüngerer Zeit fiel bei epidmiologischen Untersuchungen auf, daß auch in Naturprodukten karzinogene Substanzen vorkommen, z.B. die Aflatoxine in Schimmelpilzen (EDER, 1975).

### 3.5.2 Arzneimittel

SCHMAHL (1973) weist auf die Möglichkeit iatrogener, chemischer Karzinogenese durch Arzneimittel hin. Krebs-Chemotherapeutika vom Lost- oder Äthyl-enimintyp, ferner Arsenik und Procarbazin können mit hoher Wahrscheinlichkeit als karzinogen für den Menschen angenommen werden (vgl. ULTMANN, GOLOMB, 1980). Um die potentiellen karzinogenen Langzeitwirkungen auch anderer Medikamente einschätzen zu können, sollte mit dieser Zielsetzung eine breite internationale Kooperation stattfinden.

### 3.6 Strahlen

Die geschwulsterzeugende Wirkung ionisierender Strahlen beim Menschen zeigte sich schon in der Entdeckungszeit und während der ersten Anwendung von Röntgenstrahlen und Radium (Hautkrebs bei ungenügendem Strahlenschutz). Lungen- und Bronchialtumore fanden sich bei Bergarbeitern in Schneeberg (Erzgebirge), die radioaktives Material einatmeten. Vermehrt Knochenkrebs trat auf bei Ablagerung von Radioisotopen im Knochen. Weitere Beispiele finden sich bei den Überlebenden von Hiroshima und Nagasaki und den Patienten, die früher als Kontrastmittel Thorotrast erhielten. Auch im Zusammenhang mit der Diskussion um die Kernenergie bleibt festzustellen, daß man keine Bestrahlungsdosis als mit Sicherheit unschädlich bezeichnen kann (ULTMANN, GOLOMB, 1980).

Die Strahlenexposition des Patienten läßt sich durch eine enge Indikationsstellung für diagnostische Röntgenuntersuchungen und dosissparende Aufnahmeverfahren erheblich vermindern. Die Beschreibung der unter Umständen nur geringen Gonadendosis verharmlost manchmal die Energiedosis, die das andere Körpergewebe erhalten hat (SÄBEL, 1981).

An den Körperstellen, die jahrzehntelanger Einwirkung von ultravioletten Strahlen ausgesetzt waren, entwickeln sich gehäuft Karzinome (Seeleute, Landarbeiter).

### 3.7 Hormone

Hormongabe spielt bei Mäusen bei der Ätiologie des Brustkrebses eine nachgewiesene Rolle. Diese kausale Verknüpfung konnte beim Menschen nicht gezeigt werden. Jedoch wird das Diäthylstilböstrol, das Frauen früher als Abortprophylaktikum während der Schwangerschaft nahmen, für die Klar-Zell-Scheidenkarzinome der jungen Töchter verantwortlich gemacht (SCHMÄHL, 1973). Das fiel auf, weil - wie schon oben erwähnt - eben ein seltener Krebs entstand.

Auch gibt es epidemiologische Hinweise, die die Wahrscheinlichkeit einer Ursache-Wirkungs-Beziehung zwischen Östrogen-Gebrauch nach der Menopause und Endometrium-Krebs vermuten lassen (GREENWALD et al., 1977). Nach EDER (1975) haben Östrogene keinen ursächlichen Effekt, aber einen zum Teil erheblich fördernden Einfluß auf die Geschwulstentstehung.

### 3.8 Alter und Geschlecht

Auch Alter und Geschlecht haben einen Einfluß auf die Krebsentstehung. Je nach Altersgruppe ist das Risiko für verschiedene Krebsarten unterschiedlich groß.

So tritt die akute lymphozytäre Leukämie in 50% bei Kindern unter 7 Jahren auf. Die Wahrscheinlichkeit, an Brustkrebs zu erkranken, ist für Frauen 100-mal größer als für Männer.

Das unterschiedliche Auftreten von Krebs kann hormonelle Wirkungen, Unterschiede im Kontakt mit den Karzinogenen (z.B. unterschiedliche Rauchgewohnheiten) und viele andere Faktoren als Ursache haben.

"Es lassen sich für die Mehrzahl menschlicher maligner Tumoren die möglichen Ursachen nicht sicher angeben."  
(EDER, 1975, S. 261).

Aber man kann sagen, daß jeder Mensch im Laufe seines Lebens einer Summe kleinster karzinogener Wirkungen unterliegt. Bei Übertragung der Tierexperimente auf den Menschen würde sich hieraus ergeben, daß bei gegebener Disposition und einer genügenden Summe karzinogener Einwirkungen nach entsprechender Latenzzeit Tumore entstehen.

Da der rein monokausale Forschungsansatz ziemlich unbefriedigend ist, kommt man immer mehr zu einer multikausalen Betrachtungsweise, die dem komplexen Ineinandergreifen verschiedener Faktoren eher gerecht zu werden versucht.

### 3.9 Psychosomatische Aspekte

Im weiteren interessieren die psychosomatischen Aspekte des Krebses, die in den letzten Jahren auch bei uns verstärkt betrachtet werden. Die Idee, daß psychologische Faktoren in der Krebsentstehung eine Rolle spielen, ist nicht neu. Sie geht bis auf GALEN (129-201 n.Chr.) zurück, der beobachtet hatte, daß melancholische Frauen häufiger an Brustkrebs erkranken als sanguinische (BALTRUSCH, 1963).

Eine ausführliche Darstellung der psychoonkologischen Forschung findet sich bei HORNY und ADLER (1981).

Man kann die Literatur zu diesem Thema nach STIERLIN und WIRSCHING (1979) wie folgt einteilen:

#### 3.9.1 Retrospektive Studien

Es wurden Krebspatienten und Kontrollgruppen mit verschiedenen psychologischen Methoden erfaßt.

BACON, RENNEKER und CUTLER (1952) kamen zu den bis heute aktuellen Ergebnissen bei 67 brustkrebserkrankten Frauen. Bei ihnen fanden sie:

1. Depressive Symptome, die zwei Jahre oder länger vor der Diagnose bestanden, vor allem Ängste, Schuldgefühle, Selbstunsicherheiten.
2. Eine masochistische Haltung mit Tendenz zur Aufopferung für andere und zum verspäteten Arztbesuch.
3. Konflikte wurden vermieden oder verleugnet, die Frauen erschienen überangepaßt und konnten keine Konflikte zeigen.
4. Ein zentraler Konflikt, der weitgehend verleugnet wurde, war die hochambivalente Beziehung zur Mutter.
5. Eine gestörte Weiblichkeit. Sexualität und Mütterlichkeit waren ambivalent oder sogar offen negativ besetzt.

LE SHAN und WORTHINGTON (1965) kamen zu dem Ergebnis:

1. Krebspatienten hatten vor der Krankheitsdiagnose eine wichtige Bezugsperson verloren.
2. Krebspatienten konnten feindliche und zornige Gefühle nicht entwickeln oder ausdrücken.
3. Bei Krebspatienten hatte ein oft viele Jahre zurückliegender Tod eines der Eltern zu ungelösten Spannungen geführt.

BAHNSON und BAHNSON (1969) zeigten, daß die untersuchten Tumorkranken eine besondere Neigung zu Verdrängung und Verleugnung haben.

Methodisch wurden die Resultate aber in Frage gestellt (PAULI und SCHMIDT, 1972; WIRSCHING, 1979). Einmal läßt sich retrospektiv nicht klären, was Ursache und was Folge einer Krankheit ist. Depression, sexuelles Desinteresse, Verleugnung etc., sind Merkmale, die bei jeder schweren Krankheit zu erwarten sind. Zum anderen sind die Kontrollgruppen inadäquat oder fehlen. Oft erfolgen Untersuchung und Beurteilung durch den gleichen Forscher, der zudem noch die Diagnosen kannte. So kann nicht ausgeschlossen werden, daß das Erwartete beobachtet wurde. Das gilt mit Einschränkungen auch für die neueren Untersuchungen, die eine große Zahl von Variablen in möglichst "objektiver" Form an großen Populationen untersuchten (CRAMER, BLOHMKE, BAHNSON, 1977; EICHER et al. 1977).

### 3.9.2 Prospektive oder prädiktive Studien

Diese Studien vergleichen verschiedene Probandengruppen, die zum Zeitpunkt der psychologischen Untersuchung oder Befragung noch nicht manifest krank waren. Aufgrund psychologischer Kriterien sagten sie für bestimmte Probanden eine höhere Krebsgefährdung voraus, die sich später verifizieren oder falsifizieren ließ.

Abgeschlossene prospektive Studien sind heute noch selten. Mit ihnen kann man besser die vor der Erkrankung wirkenden psychosozialen Faktoren von denen abgrenzen, die sich erst durch die Krankheit ergeben. THOMAS et al. (1973) erfaßten in einer prospektiven Studie 1337 Medizinstudenten, um die Bedingungen einer differentiellen Vorhersage für Selbstmord, psychische Krankheit, Bluthochdruck, Krebs und koronarer Herzkrankheit zu klären. Die multiple Diskriminationsanalyse der Daten zeigte als einen der wichtigsten diskriminierenden Faktor bei den Krebspatienten die fehlende emotionale Beziehung zu den Eltern. Sie schienen auch in einem höheren Grad als andere Leute dazu zu neigen, ihre Konflikte und Gefühle zu verleugnen und zu unterdrücken.

Bei einer späteren Auswertung (THOMAS, DUSZYNSKI, 1979) waren diese Befunde nicht mehr signifikant, das kann sich aber bei einer weiteren Auswertung wieder ändern. Bis 1979 waren von den 1337 Teilnehmern an der Untersuchung 48 an Krebs erkrankt (1973 waren es erst 9).

GROSSARTH-MATICEK (1979) untersuchte in einer prospektiven Studie über 10 Jahre eine Gruppe von 236 Personen mit mehreren Meßinstrumenten. Von dieser Gruppe erkrankten 50 Personen an Krebs. Er fand eine ausgesprochene selbstdestruktive Tendenz und gleichzeitig eine Tendenz nach optimaler sozialer Anpassung bei 35 von 50 späteren Krebspatienten und bei 62 Personen, die im erwähnten Zeitraum nicht an Krebs erkrankten. Als gemeinsames Charakteristikum der Krebskranken beschreibt er:

"eine chronische Blockierung der individuell wichtigsten Gefühls- und Bedürfnisäußerung und -befriedigung im sozialen Bereich."  
(GROSSARTH-MATICEK, 1979, S. 120).

Da seine Ergebnisse bei älteren Menschen gewonnen wurden, kann der Wert einer Testung jüngerer Personen für die Vorhersage einer späteren Krebserkrankung erst in zukünftigen Forschungen bestimmt werden.

In solchen Studien sollten als Forschungsperspektive bei unausgewählten Bevölkerungsgruppen vorher definierte psychosoziale Risikomerkmale überprüft werden.

### 3.9.3 Unkonventionelle Therapien

Spontanremissionen bzw. Stillstand der Krebskrankheit werden berichtet bei Patienten, die nicht konventionell, d.h. nicht durch chirurgische Eingriffe, Bestrahlungen oder Chemotherapie behandelt wurden. Nach NAKAGAWA und IKEMI (1977) trugen seelische Faktoren und psychotherapeutische Eingriffe zu solch gutartiger Entwicklung bei. Auf die von GREGL (1979) dargestellten benignen Verläufe werde ich unter 5.5 noch zurückkommen. BOOTH (1974) vermutet, daß bei den Spontanremissionen nicht die Therapieart entscheidet, sondern das Vertrauen des Kranken in die Behandlung.

### 3.9.4 Psyche und Prognose

Es gibt eine Reihe von Berichten, die sich mit der Frage beschäftigen, wie weit die Prognose einer Krebserkrankung von psychischen Faktoren beeinflusst wird (DEROGATIS, ABELOFF, MELISARATOS 1979; SIMONTON, SIMONTON, CREIGHTON 1980). Darauf komme ich unter Punkt 5.4 zurück.

### 3.9.5 Selbstdarstellung von Krebskranken

In den Medien häufen sich die Selbstdarstellungen Krebskranker. Ein gutes Beispiel ist das zur Zeit viel gelesene Buch "Mars" von ZORN (1979), der in seiner Bedrohung durch den Tod mit Hilfe seiner Psychoanalyse versucht, sich von seiner inneren Vereinsamung zu befreien, die er als die Wurzel seines Krebses sieht. Lesenswert sind auch die Veröffentlichungen von BAPPERT (1979), WANDER (1980) und SCHEWITZ (1980).

Die Psychosomatik des Krebses umfaßt nicht nur die Frage nach den psychosozialen Ursachefaktoren, sondern schließt die Frage von Prävention einerseits und psychosozialer Nachbetreuung andererseits ein, auf die ich weiter unten noch zurückkomme.

### 3.9.6 Bindeglieder zwischen Psyche und Krebsentstehung

Bei den bisher dargestellten Untersuchungen bleiben die Verbindungen zwischen den psychosozialen Befunden und der Krankheitsentstehung offen.

Tierversuche mit Ratten und Mäusen zeigten häufigeres Auftreten von Krebs nach Impfung mit Tumurviren, wenn sie zuvor psychosozialem Streß (Hunger, Durst, Einsamkeit, Lärm) ausgesetzt wurden, im Gegensatz zur größeren Widerstandsfähigkeit, wenn sie zuvor gestreichelt oder in die Hand genommen worden waren (LA BARBA, 1970).

Es gibt eine große Zahl von Arbeiten, die sich mit diesen Verbindungsgliedern zwischen psychosozialem Streß und Krebs beschäftigen. Sie benutzen folgende Ansätze:

- den psychoneurologischen
- den psychoendokrinologischen
- den psychoimmunologischen.

Die Ergebnisse werden hier nicht im einzelnen dargestellt, sondern auf BAHNISON (1979) verwiesen.

#### 4. AUFKLÄRUNG UND UMGANG MIT DEM KREBSKRANKEN

Ein Kristallisationspunkt der Probleme, die sich im Umgang mit einem krebserkrankten Menschen ergeben, zeigt sich in der kontroversen Einstellung der Ärzte zur Aufklärung. Nach NOVAK et al. (1979) zeigt die überwiegende Mehrzahl der Ärzte jetzt eine Vorliebe, die Diagnose mitzuteilen, im Gegensatz zu 1961, als sie den gleichen Fragebogen verschickten. Damals war die Meinung der antwortenden Ärzte entgegengesetzt. Wieviel und in welcher Art mit einem Patienten über seine Diagnose gesprochen wird, blieb aber offen.

##### 4.1 Zur Aufklärungspflicht

Es gibt sehr viel Literatur über "Aufklärung des Patienten", in der hauptsächlich versucht wird, klarzulegen, wie weit Ärzte gehen müssen, um nicht in juristische Schwierigkeiten zu kommen.

Nach WACHSMUTH und SCHREIBER (1980) entwickelte sich die Rechtsprechung zur Aufklärung an Hand von Fällen, in denen es eigentlich um Haftung für mißlungene Behandlung ging und Patienten Schadensersatz erstrebten. Da ein schuldhafter Behandlungsfehler sich oft nur schwer nachweisen läßt, liegt das Ausweichen auf die unterlassene Aufklärung nahe. SPANN (1979) unterscheidet zwischen der Verpflichtung des Arztes zur Aufklärung aus dem Arzt-Patienten-Vertrag und der Aufklärung vor einem notwendigen oder gewünschten Eingriff zur Erlangung der rechtmäßigen Einwilligung.

##### 4.1.1 Behandlungsvertrag

Der Behandlungsvertrag kommt in aller Regel formlos zustande und ist gewöhnlich ein Dienstvertrag, der den Arzt zur Behandlung nach bestem Wissen und Gewissen verpflichtet, den Erfolg aber nicht beinhaltet. Neben der Hauptpflicht zur Behandlung gibt es die Nebenpflicht zur Auskunfterteilung. Der Patient hat darauf Anspruch, und aus dessen Schweigen sollte der Arzt nicht ohne weiteres folgern, daß dieser keine Auskunft wolle.

Die Verpflichtung zum Anbieten der Aufklärung besteht immer dann, wenn der Umstand, der dem Patienten mitgeteilt werden soll, für diesen von Bedeutung ist.

#### 4.1.2 Aufklärung vor der Eingriff

In der Rechtsprechung gibt es den Grundsatz: Niemand darf gezwungen werden, einen Eingriff in seinen Körper zu dulden - wenn nicht das Gesetz derartiges vorsieht. Eine Einwilligung des Patienten setzt aber dessen Kenntnis der näheren Umstände und damit auch der möglichen typischen Gefahren und Risiken voraus (OELKERS, 1971).

#### 4.1.3 Ermessensspielraum

Von mehreren Autoren (WINTER, 1970; BOWITZ, 1978) wird auf den Ermessensspielraum des Arztes hingewiesen, der bestrebt sein könne, im Interesse eines Heilerfolges mögliche Risiken zu verschweigen. Der Ermessensspielraum wird aber beschränkt durch das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, unter dessen Weisungsbefugnis der Arzt steht.

Besonders im Falle der Krebskranken berufen sich viele Ärzte, die das Schweigen vertreten, auf die nicht zumutbare Belastung durch die Wahrheit für den Patienten. Sie meinen, die schonende Lüge sei leichter zu ertragen, die Patienten wollten keine schlechten Nachrichten hören und außerdem sei Wahrhaftigkeit unmöglich (RYAN, 1979). BOK (1980) meint dazu, Ärzte würden so unter dem Vorwand, es geschehe zum Wohle des Patienten, einen ungerechtfertigten Machtgewinn erhalten.

#### 4.2 Informationswünsche des Patienten

Ohne für den Einzelfall, auf den sich Ärzte gerne berufen, genaueres festlegen zu können, zeigte RASPE (1976) ein erhebliches Mißverhältnis zwischen dem hohen Informationsbedürfnis der Patienten und deren Informiertheit, die nach ihren Angaben nur mäßig, zum Teil ausgesprochen schlecht war. Gesunde meinen in überwiegender Mehrheit nach einer Repräsentativumfrage, man solle dem Krebskranken unabhängig von der Prognose die Diagnose mitteilen (WINTER, 1970).

Die Untersuchungen helfen im Einzelfall nicht, aber sie zwingen zum weiteren Nachdenken über die Einstellungsdiskrepanzen. So stellten KRAM und CALD-WELL (1969), als sie Angehörige verschiedener Berufsgruppen in den USA

nach ihrer Meinung befragten, bei Ärzten den geringsten Wunsch fest, die Wahrheit im Falle einer eigenen unheilbaren Krankheit wissen zu wollen.

#### 4.3 Indirekte Informationen

Wenn man die kontroversen Meinungen zur Diagnosemitteilung durch den Arzt liest, fällt auf, wie wenig die Informationsmöglichkeiten innerhalb und außerhalb der Kliniken beachtet werden.

Bei der allgemeinen Verbreitung des Wissens, auch im Zusammenhang mit der propagierten Vorsorge, sind für viele Patienten schon Symptome und erst recht die Therapieart Bestätigung einer Malignität. Auch die nicht klaren Diagnosen, die schön klingen sollen, können als Hiobsbotschaft verstanden werden, da angenommen wird, der Arzt würde gute Nachricht klar formulieren. Aus den Worten und dem Verhalten der Umgebung lassen sich viele Schlüsse ziehen. Die Erzählungen der anderen Patienten auf der Station und manchmal schon der Name der Abteilung können Bände sprechen (MAC INTOSH, 1976). Der Patient erlebt seine Krankheit auch im Spiegel seiner Umwelt. Die dem Patienten verheimlichte, aber Angehörigen eröffnete Aussichtslosigkeit teilt sich dem Kranken dennoch rasch mit, er schließt von den bedenklichen Gesichtern, den plötzlich vermehrten Besuchen auf seinen Zustand (BOCK 1973).

#### 4.4 Auswirkungen des Schweigens und Redens

Der so indirekt aufgeklärte Patient, dessen Fragen keine Antwort finden, verliert das Vertrauen zu seinem Arzt, was letzten Endes zum Abbruch der Kommunikation, zur weiteren Isolierung und Vereinsamung führt (REMY, 1975). Eine Lüge führt zur nächsten und es kommt zu verschiedenen Arten von Abwehrverhalten bei Ärzten und Schwestern (Vermeidung, Verleugnung, Flucht in die Oberaktivität, Entmündigung, Resignation). Eine ausführliche Beschreibung findet sich bei URBAN et al. (1973).

Im Gegensatz dazu fühlt sich der aufgeklärte Patient ernstgenommen, akzeptiert und als mitverantwortlich für seine eigene Zukunft anerkannt. Das stärkt sein durch die Krankheit vermindertes Selbstwerterleben, beugt Depressionen und Suizid vor (JAKOBS, 1977).

Man kann auch sagen, durch die Verheimlichung des malignen Leidens wird der Patient um seinen Tod betrogen (SAUER, 1975; BOK, 1980).

#### 4.5 Offener Umgang

##### 4.5.1 Art und Weise

Selbstverständlich ist die Mitteilung der Diagnose kein einmaliger Akt, sondern sollte im Laufe eines Kommunikationsprozesses stattfinden. Zur Wahrheit gehört Zeit. Um nicht jemanden zu überfordern, sollte man mehrstufig vorgehen und sich dabei an den Wunsch des Patienten, über Leiden und Sterben zu sprechen, halten (BOCK, 1973).

##### 4.5.2 Ökonomische Grenzen

Forderungen stoßen oft auf ökonomisch bedingte Grenzen. Ein wichtiger Faktor ist zum Beispiel der Zeitmangel der im Krankenhaus Beschäftigten. Bezüglich der Rationalisierungsmaßnahmen im Krankenhaus und der Tendenzen, die Führung von Krankenhäusern mit der von Großbetrieben gleichzusetzen, verweise ich auf BLUMENSTOCK (1980). Gespräche mit Patienten werden in der ärztlichen Gebührenordnung im Vergleich mit technischen Maßnahmen sehr gering entlohnt. Im ärztlichen Handeln wirken auch stark verdrängte finanzielle Motive (WULFF, 1972).

##### 4.5.3 Konfrontation mit dem Tod

Als wesentlicher Aspekt erscheint die schon oben erwähnte Todesverdrängung der Gesellschaft. Sie zeigt sich insbesondere beim Arzt, der angesichts des Todes mit seinem gesellschaftlichen Auftrag, diesen abzuschaffen, konfrontiert wird. Die psychische Führung des Schwerkranken fordert vom Arzt auch das Eingeständnis eigener Rat- und Machtlosigkeit (SAUER, 1975). HARTMANN (1978) meint, die bösartige Erkrankung löst sowohl beim Arzt wie auch beim Patienten eine Identitätskrise aus. Im Meiden des Patienten zeigt sich die Verdrängung der eigenen Niederlage. Das Schweigen des Patienten, das viele Ärzte für den Ausdruck des Nicht-Wissen-Wollens halten, interpretiert er als Achtung der Schamgrenze des Arztes.

"Der Arzt schämt sich der Lücken seines Wissens und Könnens, seines Unvermögens, seines Abstandes als Gesunder, seines prognostischen Wissens und vielleicht auch seiner Sprachlosigkeit, weil Sprechen manchen Bruch, manche offene Frage, manchen Zweifel seines Selbst offenbar an den Tag bringen würde, die Brüchigkeit, Hinfälligkeit, Verletzlichkeit seiner Identität." (HARTMANN, 1978, S. 714f.).

Der Arzt erfährt im Tode seines Patienten eine Störung seines Omnipotenzgefühls, erlebt eine narzistische Kränkung (AMMON, 1971). Wer einem Kranken als Menschen gerecht werden und nicht nur dessen Krankheit behandeln will, muß somit auch ein Stück Selbsterfahrung leisten.

Wichtig ist es für den Krebskranken, zu wissen, daß der Arzt ihn und seine Familie nicht im Stich läßt, sondern in Kontakt bleibt und beim Sterben Beistand gewährt (SCHMALE, 1976).

#### 4.5.4 Zur Ausbildung

Dazu ist der Arzt aber gar nicht ausgebildet. Sein Lernen ist rein rezeptiv auf Prüfungen ausgerichtet. Auch die Einführung der neuen Approbationsordnung hat trotz bemerkenswerter Ansätze in ihrer Durchführung die einseitige Kommunikation Dozent-Student weitgehend von der Patientenwirklichkeit unbeeinflußt belassen. Der erste eigene Patient bleibt weiterhin eine Leiche.

Eine Rolle beim späteren Verhalten spielen auch die Interessenlage, soziale Herkunft und die Selektion der Medizinstudenten, worauf ich hier nicht weiter eingehe (vgl. KRÄHE und SCHÖNING, 1970). NAGEL (1979) beklagt das Zukurz-kommen der "Unheilkunde", der Lehre des Umgangs mit dem unheilbar Kranken und fordert die Ärzte auf, mehr über die Motive ihres Handelns nachzudenken. Bezüglich der Möglichkeiten und Ergebnisse, das schon Medizinstudenten nahezubringen, verweise ich auf GOEZ (1980), SOUHAMI (1978), LUBAN-PLOZZA, EGLE, SCHOFFEL (1978).

#### 4.5.5 Tägliche Arbeit

In der täglichen Arbeit können diese Probleme nicht alle von einem einzelnen oder einer Berufsgruppe gelöst werden. Darauf komme ich weiter unter nochmals zurück.

Hier möchte ich aber Stationsgruppengespräche mit Schwestern und Ärzten und BALINT-Gruppen außerhalb des direkten Arbeitsfeldes erwähnen. Die in solchen Gruppen eingeübte Besprechung der persönlichen Probleme im Umgang mit Patienten hat einen großen Lerneffekt auf die eigene Wahrnehmung (KNOEPFEL, 1980). Diese Selbsterfahrungsarbeit erleichtert auch die Wahrhaftigkeit am Krankenbett (SENN, 1981).

Der offene Umgang mit dem Kranken kann diesem und seiner Familie als Vorbild für eigenes Verhalten dienen und eine freiere Kommunikation ermöglichen (vgl. Teil II Punkt 8.5).

Die Arbeitsabläufe in Krankenhausstationen bedürfen einer Verbesserung im Sinne einer stärkeren Patientenorientierung, weniger im Sinne einer betriebswissenschaftlichen Optimierung. Entsprechende Vorschläge macht eine ARBEITSGRUPPE 'FROHES WECKEN' (1981) im Auftrag des Senators für Gesundheit und Umweltschutz in Berlin (West).

Hinwendung zum Patienten wird auch deutlich, wenn im Mittelpunkt der Visite am Krankenbett nicht das fachliche Gespräch über, sondern das unmittelbare Gespräch mit dem Patienten steht.

- 5. ZUR THERAPIE DES MAMMAKARZINOMS
  - 5.1 Stillstand der kurativen Therapie
    - 5.1.1 Zur Heilquote
    - 5.1.2 Klinische Studien
  - 5.2 Früherkennung und Vorsorge
    - 5.2.1 Bedeutung der Früherkennung
    - 5.2.2 Untersuchungstechniken
    - 5.2.3 Vorsorgeuntersuchung und Selbstuntersuchung
  - 5.3 Zur medizinischen Therapie
    - 5.3.1 Zu den Grundlagen der Therapie
    - 5.3.2 Zur chirurgischen Therapie
    - 5.3.3 Zur Bestrahlung
    - 5.3.4 Zur Chemotherapie
    - 5.3.5 Zur Hormontherapie
    - 5.3.6 Zur Immuntherapie
    - 5.3.7 Zum Interferon
  - 5.3.8 Zur Verkleinerung der Metastasierungsfrequenz
  - 5.4 Einfluß der Psyche auf den Verlauf
  - 5.5 Unbehandeltes Mammakarzinom

## 5.1 Stillstand der kurativen Therapie

E. KROKOWSKY (1979a) konstatiert einen Stillstand der kurativen Krebstherapie seit mindestens 25 Jahren. Bezogen auf den jeweils gleichen Ausgangsbefund haben sich die Ergebnisse nicht geändert. Ausnahmen wie Morbus Hodgkin oder einige Geschwulstarten bei Kindern machen nicht mehr als 2% aller Malignome aus. Doch räumt er in einzelnen Bereichen der palliativen onkologischen Therapie eine deutliche Verbesserung ein.

Nach BECK (1977) betrug die 5-Jahres-Überlebensrate beim Mammakarzinom vor 40 Jahren 38%, 1976 lag sie bei 42%. Andere Zahlen gibt die AMERICAN CANCER SOCIETY (1981) für den Brustkrebs an: Die 5-Jahres-Überlebensrate beträgt zur Zeit 85% bei lokalbegrenzten Stadien und 53%, wenn Lymphknoten oder andere Organe bereits befallen sind.

Einen Therapieerfolg kann man als sicher erst nach 10 oder mehr Jahren beurteilen. Langfristig kann höchstens jede vierte Frau geheilt werden, die Mehrzahl der anderen stirbt an Fernmetastasen (WENDERLEIN, 1979).

#### 5.1.1 Zur Heilquote

Als Therapieerfolg gilt der Anstieg der Überlebensrate beim Mammakarzinom von 30% um die Jahrhundertwende auf 60% 1960, er war aber unabhängig von den angewendeten Therapiemethoden (HEIM, SIEWERT, 1971).

Man muß sich fragen, ob dieser Therapieerfolg nicht allein schon aus der Verkürzung der Verschleppungszeit und der vergrößerten Anzahl von Patientinnen in einem frühen Tumorstadium aufgrund verbesserter Früherkennung zu erklären ist. Das bestätigen BENNINGHOFF und TSIEN (1959). Maßstab für den Erfolg ist die Verlängerung der Überlebenszeit.

"Allein die Vorverlegung der diagnostischen Erkennung einer Krebserkrankung verlängert die Überlebenszeit, ohne daß sich sonst etwas zu ändern braucht."  
(E. KROKOWSKI, 1979a, S. 327).

Theroretisch kann die Überlebenszeit sogar trotz kürzerer Gesamtlebenszeit länger werden. E. KROKOWSKI (1979a) schlägt deshalb vor, ein Zeitmaß zu nehmen, das außerhalb des zu messenden Krankheitsverlaufes liegt und hält dafür die für jedes Alter und Geschlecht vorhandene, mittlere statistische Lebenserwartung geeignet.

#### 5.1.2 Klinische Studien

Für verschiedene Therapiemethoden werden oft klinische Studien als wissenschaftliche Beweise angeboten. Meist wird eine Methode gegen eine andere abgewogen, dabei aber übergangen, daß bei der Prüfung der Überlegenheit kein Rückschluß auf die Wirksamkeit zulässig ist. Denn möglicherweise verschlechtert die Ausgangsmethode den Zustand und die neue läßt ihn unbeeinflußt. Auch sind die Stichproben oft unzureichend, meist lokale Auslesen, von denen man keinesfalls auf die Gesamtheit schließen kann. Wenn man auf eine saubere Statistik Wert legt, wird man nach Einschätzung von KIENTE

(1978 und 1980) kaum eine (keine ?) kontrollierte klinische Studie zum Nachweis der Wirksamkeit von Operation, Bestrahlung oder Zystostatika beim Mammakarzinom finden.

## 5.2 Früherkennung und Vorsorge

### 5.2.1 Bedeutung der Früherkennung

Die Mehrzahl der Frauen mit Brustkrebs stirbt an ihren Metastasen. Man findet eine feste Korrelation zwischen der Größe eines Mammakarzinoms und der Metastasierungswahrscheinlichkeit und eine feste Beziehung zwischen Metastasierung und Heilchance. Daraus läßt sich folgern, daß die Heilchance umso größer ist, je früher man das Karzinom erkennt (E. KROKOWSKY, 1979b).

In einer randomisierten kontrollierten Studie mit 62.000 Frauen ließ sich auch belegen, daß jährliche Reihenuntersuchungen die Brustkrebsmortalität vermindern können (AMERICAN CANCER SOCIETY, 1981).

Zur früheren Diskussion um die angeblich geringe Signifikanz der Behandlungsverzögerung verweise ich auf BLOOM (1965).

Die Durchschnittsgröße der diagnostizierten Mammakarzinome hat sich in den letzten 50 Jahren erheblich verkleinert (E. KROKOWSKY, 1979a). Weitere Verbesserungen erhofft man sich von der Vorsorgeuntersuchung, der Selbstuntersuchung der Frau und der verbesserten Untersuchungstechnik.

### 5.2.2 Untersuchungstechniken

Nach FRISCHBIER und BERNAUER (1977) konnten nur 14% der Tumoren mit einer Größe unter 2 cm Durchmesser an der Brust getastet werden. 1 cm Durchmesser wird je nach Tiefe und Größe der Brust als untere Grenze der Palpation angenommen. Eine sichere Differentialaussage zu Gut- oder Bösartigkeit läßt sich bei palpablen Befunden allein durch die Tastuntersuchung nur in 50% machen.

Eine größere Effizienz (bis zu 90%) besitzt die Mammographie, wenn die fachliche Qualifikation zur Bildbeurteilung und eine optimale Untersuchungstechnik gewährleistet sind. Wegen des Strahlenrisikos wird die Mammo-

graphie für Frauen unter 50 Jahren nicht als routinemäßige Screening-Methode empfohlen, mit Ausnahme einer ausgewählten Gruppe mit hohem Brustkrebsrisiko (AMERICAN CANCER SOCIETY, 1981).

Andere Methoden, wie Thermographie, Galaktographie, Feinnadelbiopsie, Sekretzytologie und Ultraschall werden nur in Kombination mit Inspektion, Palpation und Mammographie angewendet, da ihre Treffsicherheit allein zu gering ist (HOEFKEN, 1978; FRISCHBIER, 1979). Über gute Ergebnisse bei der nicht verbreiteten Scintigraphie der Brustdrüse berichten CUSCHIERI et al. (1981).

In allen Fällen wird zur Verifizierung einer Verdachtsdiagnose die histologische Untersuchung einer Gewebprobe für nötig erachtet. Bezüglich der Streitfrage, ob eine Biopsie auch Metastasen setzen kann, verweise ich auf E. KROKOWSKY (1979c) und die entgegengesetzte Stellungnahme der AD-HOC KOMMISSION des wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer (1980).

### 5.2.3 Vorsorgeuntersuchung und Selbstuntersuchung

Bevor eine Frau untersucht wird, muß sie Kontakt mit einer medizinischen Institution aufnehmen. Um das zu erleichtern, werden speziell Vorsorgeuntersuchungen für Brustkrebs und andere Krebsarten durchgeführt. Nach G. KROKOWSKY (1979) nehmen höchstens 30 - 35% der Frauen die Möglichkeiten der Krebsvorsorgeuntersuchung wahr (bei Männern sind es nur 10 - 15%).

Die offensichtliche Vernachlässigung der Gesundheitsvorsorge läßt sich nicht monokausal erklären. Gründe dafür werden in der psychischen Disposition der einzelnen Menschen, in der sozialen Lage der Bevölkerung und auch in der Struktur der Versorgungsangebote selbst gesehen (BUSER, OETER, 1981).

GREER (1974) befragte 157 Frauen am Tag vor der Biopsie, wie lange und warum sie den Arztbesuch hinausgeschoben hatten. Die Frauen, bei denen Brustkrebs festgestellt wurde, hatten häufiger und länger gezögert, zum Arzt zu gehen und die Symptome nicht für so ernst gehalten. Auch präsentierten sie sich öfters dem Arzt indirekt (mit anderen Beschwerden, den Kindern oder ähnliches) und erwähnten den Knoten nur auf eine direkte Frage hin. Hauptgründe für das Abwarten waren die Angst vor Krebs und die Angst vor der Entstellung durch die Brustamputation.

Nach WENDERLEIN (1978) befürchteten von 533 befragten Frau 50% durch die Mastektomie eine starke und 50% eine sehr starke Belastung. Über 80% schrieben der Brust eine große bis mittlere Bedeutung für die Sexualität der Frau zu. Mehr als die Hälfte der Frauen befürchtete sexuelle Probleme durch die Mastektomie.

Ohne auf die psychologische Prägung und den Einfluß kultureller Traditionen auf die erotische Bedeutung der Brust einzugehen, stellte er fest, daß die Mehrzahl der Frauen eine Beeinträchtigung ihres Vollwertigkeitsgefühl befürchtete. Daraus ergibt sich auch die Forderung, schon früh den Partner der Frau in die ärztliche Beratung und Therapie einzubeziehen.

Die Einstellung zur Vorsorgeuntersuchung hängt wesentlich auch davon ab, wie sehr der eigene Körper akzeptiert wird. Dafür ist schon die Aufklärung über die Menarche und die Brustentwicklung beim jungen Mädchen wichtig, um nur eine Vorfeldmaßnahme zu nennen.

Sehr wichtig erscheint mir die Anleitung zur Selbstuntersuchung der Brust, die der Frau auch wieder mehr Verantwortung für ihren Körper gibt; Broschüren allein nützen kaum.

Auf die Therapieverzögerungen, die oft vermeidbar innerhalb der Medizinorganisation verschuldet werden (z.B. Fehldiagnosen, überlange Wartezeiten in Klinik und Praxis usw.) gehe ich hier nicht weiter ein, verweise aber auf GOEZ (1981).

In diesem Vorfeld der Therapie haben sich meist schon viele Befürchtungen angestaut, bis es zum Arztbesuch kommt, auf die in einem offenen Gespräch auch von ärztlicher Seite eingegangen werden muß. Schweigen und Bagatellisieren nützen der Frau wenig. Hier wie auch sonst gilt die Lebenserfahrung, daß unvorhergesehene Belastungen stärker Angst und ihre Folgen auslösen als erwartete Ereignisse.

### 5.3 Zur medizinischen Therapie

Es soll hier keine detaillierte Methodendarstellung gegeben werden, die findet sich in den einschlägigen Lehrbüchern, sondern nur ein kurzer orientierender Überblick. Zur ausführlichen Darstellung der Therapienentwicklung verweise ich auf OSTAPOWICZ (1977).

### 5.3.1 Zu den Grundlagen der Therapie

Früher wurde der Brustkrebs für ein lokales Geschehen gehalten und angenommen, daß er sich zentrifugal, auf vorhersehbaren anatomischen Bahnen ausbreitet. Deshalb kam es zu sehr radikalen Operationsverfahren, die man zum Teil auch als "Oberbehandlung" (WENDERLEIN, 1979, S. 1700) ansehen kann, da die Prognose der Erkrankung nicht unbedingt durch die Radikalität des Eingriffs bestimmt wird.

Schon sehr kleine Karzinome metastasieren, und die Lymphknoten werden nicht mehr als effektive Schranken angesehen, als die sie in einer Übertragung der VIRCHOWschen Theorie, die sich auf bestimmte Partikel wie Bakterien und Viren bezog, auf Tumorzellen verstanden wurden (E. KROKOWSKY, 1979c; FISHER, SAFFER, FISHER, 1974).

Brustkrebs gilt heute als Erkrankung des gesamten Organismus. Wann die Metastasen entstehen und wieviel Zeit sie zum Wachstum bis zur klinischen Symptomatik benötigen, kann niemand mit Sicherheit sagen. Zu Therapiebeginn können die Metastasen schon viele Jahre lang bestehen (FOURNIER, HOEFKEN, WEBER, 1979).

"Der Einsatz der einen oder der anderen Behandlungsmethode in der Therapie des Mammakarzinoms wird in der Praxis bereits vor der Untersuchung der Kranken vorausbestimmt. Je nachdem welches Krankenhaus die Erkrankte aufsucht, wird sie nach dem dort üblichen Therapieverfahren behandelt."  
(GREGL, 1979, S. 36).

### 5.3.2 Zur chirurgischen Therapie

Basisbehandlung des Mammakarzinoms ist seit mehr als 100 Jahren die chirurgische Therapie. Als derzeit gültiges Konzept (konventionell, nicht experimentell) beim operablen Mammakarzinom gilt die vollständige Entfernung der Brustdrüse mit unterschiedlichen Modifikationen bezüglich der Lymphknotenentfernung in der Axilla und der Musculi pectoralis minor et major, abhängig vom Stadium der Erkrankung (HERFARTH, 1979).

Es gibt auch brusterhaltende Methoden bei Tumoren im Frühstadium mit anschließender hochdosierter Bestrahlung, deren Ergebnisse aber sehr umstritten sind (BELLER, SCHNEPPER 1981; THOMSEN, FRISCHBIER, 1981; OLBRISCH, 1981). VERONESI et al. (1981) zeigten, daß bei kleinen Tumoren (weniger als 2 cm Durchmesser) ohne tastbare axilläre Lymphknoten die nur partielle Mastektomie (plus Entfernung der axillären Lymphknoten und postoperativer Bestrahlung) nach einem Beobachtungszeitraum von bis zu 7 Jahren die gleichen Langzeitergebnisse hat wie die radikale Mastektomie. Die Autoren halten deshalb die vollständige Entfernung der Brustdrüse bei oben genanntem Befund für eine unnötige Entstellung. In einigen Jahren sind die Ergebnisse der amerikanischen NSABP-Studie (National Surgical Adjuvant Breast And Bowel Project) zu erwarten, die in einer breit angelegten Untersuchung unter anderem die Wirksamkeit eingeschränkter Therapiemaßnahmen (Segmentale Mastektomie) evaluieren soll.

### 5.3.3 Zur Bestrahlung

Die postoperative Bestrahlung, die lokal therapieren soll, ist indiziert beim Mammakarzinom abhängig von der Größe des Primärtumors, seiner Lokalisation und der Art des operativen Verfahrens. Genaue Richtlinien geben SACK und GALLMEIER (1979) an.

Die Strahlentherapie hat auch eine Berechtigung als palliative Maßnahme bei Fernmetastasen, besonders im Skelett und im Gehirn, beim inflammatorischen und beim inoperablen Karzinom und als Schmerzbestrahlung.

### 5.3.4 Zur Chemotherapie

In der Behandlung von an Brustkrebs erkrankten Frauen mit disseminierten Metastasen werden zytostatisch, bzw. -toxisch wirkende Medikamente schon länger verwendet. Sie erreichen je nach Patientinnenselektion und Beurteilungskriterien unterschiedlich ausgeprägte Remissionsraten, die verschieden lange andauern (SENN, 1980). Die Medikamente werden meist in bestimmten Kombinationen nach entsprechenden Schemata gegeben. Im ärztlichen Bemühen um eine Verlängerung der Überlebenszeit muß besonders bei dieser nebenwirkungsreichen Therapieart die Lebensqualität der Patienten beachtet werden.

Eine neuere Behandlungsform ist die postoperativ frühzeitig einsetzende, systematische Polychemotherapie bei Patientinnen ohne Nachweis von Fernmetastasen, die adjuvante Chemotherapie (BRUNNER, 1978). Tumorkinetische Überlegungen und tierexperimentelle Studien führen zur Postulierung von okkulten Mikrometastasen, die durch die adjuvante Chemotherapie vernichtet werden sollen. Das könnte auch die stagnierende Heilungsrate beim Brustkrebs erhöhen (BRUNTSCH, 1980).

Sinnvoll wird die adjuvante Chemotherapie für Patientinnen mit hohem Rezidivrisiko (mehr als vier Tumor-positive Lymphknoten) gehalten. Bisher konnte mit diesem Therapieverfahren die Rezidivrate innerhalb von fünf Jahren gesenkt werden (BONADONNA et al. 1981), über die Spätwirkungen lassen sich keine definitiven Aussagen machen. Deshalb und wegen der erheblichen Nebenwirkungen der Zytostatika fordert WALLER (1980) zu Recht, die adjuvante Chemotherapie vorerst nur in Form prospektiver, kontrollierter Studien in onkologischen Zentren durchzuführen.

Als besondere Gefahren dieses Therapieverfahrens gelten die Möglichkeit iatrogenen Neoplasie bei langer Überlebenszeit und die Schädigung des Immunsystems mit Blockierung körpereigener Mechanismen, die geeignet sind, Mikrometastasen zu zerstören (SCHMÄHL, 1979).

### 5.3.5 Zur Hormontherapie

Bei der Behandlung des metastasierenden Mammakarzinoms hat die Hormontherapie neben der Polychemotherapie einen festen Platz (HEIDEMANN, 1980). Sie beeinträchtigt die Lebensqualität der Patientinnen weniger als die Chemotherapie.

Der ungezielte Einsatz der Hormontherapie führt allerdings bei nur etwa 30% der Patientinnen zu Remissionen. Die Bestimmung der zytoplasmatischen Östrogen- und Progesteronrezeptoren schon im Primärtumor gestattet jedoch, die Hormontherapie gezielter einzusetzen. Der Rezeptorstatus sollte routinemäßig nach der operativen Primärtumorentfernung erhoben werden. Die Menge der Rezeptoren läßt auf metabolische Wachstumsabhängigkeit der Tumorzellen von den Hormonen schließen (EMERSON, WILSON, 1980). Nach BRUNNER (1978) zeigen 60 - 70% aller Mammakarzinome Östrogenrezeptoren. Hormonell

lassen sich davon 40 - 60% beeinflussen. Man kann somit, wenn die Rezeptoren bestimmt wurden, die Patientinnen negativ selektionieren, bei denen eine Hormontherapie wahrscheinlich wirkungslos bleiben wird.

Als primäre Therapiemaßnahme wird für Frauen mit positivem Rezeptorstatus beim Rezidiv des Brustkrebses in der Geschlechtsreife ein ablatives Verfahren, die Ovariectomie, vorgeschlagen. Die darüber hinausgehenden Schritte wie Hypophys - und Adrenalectomie sind im europäischen Raum in den Hintergrund getreten. In der Postmenopause steht dagegen bei nachgewiesener Hormonabhängigkeit des Primärtumors und/oder des Rezidives die Verwendung der sog. Antiöstrogene im Vordergrund. Falls es zu einer Progression des Tumors kommen sollte, sind auch Gestagene und Androgene indiziert. Zur genauen, vom menstruellen Status abhängigen Therapieplanung verweise ich auf HENNINGSEN (1980) und GENZ, MEYER und SCHMIDT-GOLLWITZER (1981).

#### 5.3.6 Zur Immuntherapie

Nach WARNATZ (1979) zeigt die aktive spezifische Immuntherapie (z.B. mit BCG) keine sichere Wirkung auf Rezidivfreiheit und Überlebenszeitverlängerung. Umstritten ist auch die Wirksamkeit unspezifischer Immuntherapie wie Gabe von Mistelextrakten oder eine Ernährungsumstellung (JUNGI, 1982). BAENKLER (1980) weist darauf hin, daß die Erfolge der Zelltherapie bei Krebserkrankungen nicht über Einzelbeobachtungen hinausgehen. Zahlreiche experimentelle Daten sprechen für eine Beziehung von Vitamin C und Karzinogenese und Vitamin C und Immunsystem (GALLMEIER, 1982). Die Behandlung mit Vitamin C, wie auch mit Vitamin A und seinen Derivaten (Retinoide) bei einer Krebserkrankung (WEBER, HARTMANN, OBRECHT, 1982) gilt vorläufig nur als experimenteller Therapieansatz.

#### 5.3.7 Zum Interferon

Interferon ist eine aussichtsreiche Ergänzung der Tumorthherapie, keineswegs aber die in den Medien angepriesene Wunderdroge (GROSS, 1981). Bei den bisherigen Kleingruppen-Studien kam es bei der Therapie des Mammakarzinoms mit Interferon zu keinen eindeutigen oder anhaltenden Erfolgen. Zur Klärung der zahlreichen offenen Fragen sind weiterhin klinische, insbesondere randomisierte Studien durchzuführen, wie z.B. die Interferon-Studie mit an Brust-

krebs erkrankten Frauen in Nürnberg. Ein in der Durchführung solcher Studien besonderes Problem ist, daß nach den bisherigen Daten die Interferon-Therapie den konventionellen Konzepten unterliegt (AUMILLER, 1981).

### 5.3.8 Zur Verkleinerung der Metastasierungsfrequenz

E. KROKOWSKY (1979c) kritisiert die Provokation von Metastasen durch die Therapie und verweist zur Metastasenprophylaxe auf Antikoagulantien, Aggregationshemmer (GASTPAR, 1979) und die präbioptische Vorbestrahlung (ZUPPINGER, 1979), worauf ich hier nicht weiter eingehe.

### 5.4 Einfluß der Psyche auf den Verlauf

Ähnlich dem psychosomatischen Ansatz bei der Krebsgenese gibt es auch die gleiche Fragestellung zum Verlauf der Krebserkrankung.

"Es ist wenig wahrscheinlich, daß die weitere Entwicklung einer einmal manifesten bösartigen Geschwulst rein durch ihre zellkinetischen Eigenschaften bestimmt ist und somit vollständig unabhängig von der Reaktion ihres Trägers abläuft. Gegen die Annahme eines gänzlich autonomen Wachstums spricht die große Streubreite der Überlebenszeiten bei histologisch identischem Typ mit gleicher Lokalisation, gleichem Initialstadium und gleicher Therapie."  
(HÖRNY, ADLER, 1981, S. 30).

DEROGATIS, ABELOFF und MELISARATOS (1979) veröffentlichten eine Studie mit 35 Frauen mit metastasierendem Mammakarzinom, die sie psychologisch untersuchten. Sie stellten bei den Frauen, die innerhalb des ersten Jahres verstarben, fest, daß sie ihre dysphorischen Gefühle, ihre Spannungen und Aggressionen weniger gut als jene ausdrücken konnten, die länger lebten. Die Frauen mit einer längeren Überlebenszeit erschienen kritikfähiger und waren den Ärzten gegenüber negativer eingestellt. Damit ist kein Beweis eines Kausalzusammenhanges erbracht, sondern man kann nur schließen, daß die Aggressionshemmung mit dem klinischen Verlauf korreliert.

Einen Überblick über die bisherigen Forschungsergebnisse zum Einfluß psychosozialer Faktoren auf den Verlauf einer Krebserkrankung geben HÖRNY und ADLER (1981). Zusammenfassend läßt sich sagen, daß der Verlauf einer malignen

nen Erkrankung mit großer Wahrscheinlichkeit von dem Willen und der Hoffnung des Patienten, zu überleben, günstig beeinflusst wird. Bisher lassen sich keine endgültigen Aussagen machen.

Dennoch glauben mehrere Autoren, den Verlauf einer Krebserkrankung - auch gemessen an der Überlebenszeit - durch psychotherapeutische Maßnahmen beeinflussen zu können (SIMONTON, SIMONTON, CREIGHTON, 1980; GROSSARTH-MATICEK, 1979; NAKAGAWA, IKEMI, 1977; BALTRUSCH, 1963).

Wenn sie vielleicht auch nicht lebensverlängernd wirkt, so hat doch die an den Bedürfnissen der Patientin orientierte psychologische Betreuung in Verbindung mit der körperlichen Behandlung eine große Rolle bei der Unterstützung zur Krankheitsbewältigung und kann auch seelische Not lindern helfen.

## 5.5 Unbehandeltes Mammakarzinom

Um den Erfolg der Therapie des Mammakarzinoms voll würdigen zu können, müßte man wissen, was sich ereignet, wenn gar nicht therapiert wird. Da heute aber kaum Patienten unbehandelt bleiben, ist es fast unmöglich, den natürlichen Verlauf des Mammakarzinoms zu studieren.

BLOOM (1964) untersuchte die Krankengeschichten von 250 Frauen zwischen 1805 und 1933, deren Brustkrebs nicht behandelt wurde. 5 Jahre nach dem ersten Auftreten vom Symptomen lebten unbehandelt noch 18% und zehn Jahre danach 4%. Er kam zu dem Schluß, daß die Behandlung heute neben der zeitlichen Verlängerung des Lebens, dieses auch wertvoller macht, da die Frau bei weitem nicht mehr so oft die früher beschriebenen progressiven lokalen Ulcerationen erleiden müssen.

GREGG (1979) verweist auf 40 gänzlich unbehandelte Frauen und die bessere Prognose des Mammakarzinoms im hohen Alter, was ihm als Grund erscheint, bei alten Risikopatientinnen eher abzuwarten, aber dann regelmäßig zu kontrollieren.

## 6. NACHSORGE

### 6.1 Begriff

Die Nachsorge ist nach STAPP (1981) die Sorge um einen Patienten, wenn er die akute Krankheitsphase überwunden hat.

Nachsorge ist darum keineswegs krebsspezifisch; sie ist bei vielen Erkrankungen unerlässlich. Jeder chronisch Kranke, somit auch jeder Geschwulstkranker, hat das Recht auf eine umfassende lebenslange Nachsorge. Krebsnachsorge ist eine interdisziplinäre Aufgabe.

HEALEY (1976) weist darauf hin, daß wir heute nicht nur beachten müssen, wieviele Krebskranke wie lange überleben, sondern auch, wie sie es tun.

Aufgabe der Nachsorge sollte es sein, dem jeweils betroffenen Menschen bei der Bewältigung seiner Erkrankung beizustehen. So betrachtet, erscheint der Mensch im Vordergrund, mehr beachtet als bei einer rein tumorzentrierten Perspektive, die die Gefahr in sich birgt, den Menschen, an oder in dem der Tumor sich befindet, zu vergessen.

"Zur Zeit ist die beste Rehabilitationshilfe die, die es dem Patienten ermöglicht, zur rechten Zeit so aktiv zu werden, daß er das für sich selbst Nötige von sich aus unternimmt."  
(SELLSCHÖPP, 1981, S. 4274).

Dazu ist es notwendig, der an Brustkrebs erkrankten Frau die Informationen und Unterstützung zu geben, die es ihr ermöglichen, sich an ihre familiäre und gesellschaftliche Situation anzupassen oder diese zu verändern.

Nachsorge beginnt in der Vorstellung mancher Kliniker erst mit der Entlassung aus dem Krankenhaus nach einer Primärbehandlung. Die Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung könnte und müßte aber schon früher einsetzen.

Das Eingehen auf die psychische und soziale Situation der an Brustkrebs erkrankten Frau sollte ein unerläßlicher Bestandteil der medizinischen Nachsorgebemühungen sein.

Nach FABER (1979) bedürfen derzeit mehr als 160.000 an Brustkrebs erkrankte Frauen in der Bundesrepublik und West-Berlin der Nachsorge.

## 6.2 Zum Selbstwertgefühl der an Brustkrebs erkrankten Frau

Bei der Untersuchung von 75 Frauen ein Jahr nach ihrer Mastektomie wegen Brustkrebs stellten MAGUIRE et al. (1978) fest, daß die Frauen einen hohen emotionalen Preis für die Möglichkeit des physischen Überlebens zu zahlen scheinen. 29 von ihnen litten unter Ängsten, Depressionen und sexuellen Schwierigkeiten.

Die Diagnose Krebs leitet bei vielen fast einen seelischen Tod ein, lange bevor sie eigentlich wirklich sterben (TAUSCH, 1979).

Andere Autoren betonen die Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls und des Selbstbildes der an Brustkrebs erkrankten Frauen in der Folge ihrer Brustamputation (WENDERLEIN, PRÜTZEL, LEHRL, 1979; POLIVY, 1977). Durch den Verlust einer oder beider Brüste ist eine Frau in ihrer geschlechtlichen, sozialen und in ihrer Identität als Gesunde bedroht (PEREZ- GAY, 1980).

Die Brust ist das wesentliche sekundäre Geschlechtsmerkmal der Frau. Sie ist von großer Bedeutung für die psychosexuelle Entwicklung der Frau, sowohl als Körperteil, über das sie einen Teil ihrer sexuellen Anziehungskraft erlebt, als auch als Organ der eigenen sexuellen Stimulierbarkeit. Andererseits hat die Brust eine große Bedeutung für eine andere Seite der weiblichen Geschlechtsrolle, die der Mutterrolle. Der Verlust dieses wesentlichen Geschlechtsmerkmals beeinträchtigt schwer die geschlechtliche Ich-Identität (vgl. 5.2.3).

Trägerin einer todbringenden Krankheit zu sein in einer Gesellschaft, die den Tod weitgehend tabuisiert hat, bedeutet auch eine Stigmatisierung, die die soziale Identität einer an Brustkrebs erkrankten Frau in Frage stellt. Das wirkt sich über die Phase der Erstbehandlung hinaus aus, da auch allein schon die Notwendigkeit der Nachsorgeuntersuchungen der betroffenen Frau (und ihrer Umwelt) signalisiert, nicht mehr gesund zu sein. Sie übernimmt eine teilweise anhaltende Patientenrolle mit der Gefahr, Autonomie zu verlieren und vom Arzt als einer wesentlichen Bezugsperson abhängig zu werden

(ausführlich zum Prozeß der Stigmatisierung und der Problematik der Krankenrolle siehe 1.2.5 und 1.2.6).

Als wichtige Faktoren, die den Grad der Veränderung des Selbstwertgefühls nach einer Brustamputation bestimmen, gibt DRUKARCZYK (1980) folgende an: Prämorbid Einstellung der Frau ihrer Brust gegenüber, Einstellung gegenüber Krebs, Alter, Erziehung, Persönlichkeitsstruktur und spezielle Lebenssituation. Die in Werbung und Massenmedien verbreitete Überbewertung der weiblichen Brust zur Befriedigung ökonomischer Interessen erschwert einer an Brustkrebs erkrankten Frau die Bewältigung ihres realen Verlustes. Gesellschaftliche Umdenkungsprozesse wären hier hilfreich.

Der medizinisch schwer zu prognostizierende Krankheitsverlauf, die unterschiedlichen Auswirkungen der notwendigen Behandlungsmaßnahmen auf die Psyche und Physis und die verschiedenen vergangenen und gegenwärtigen Einflüsse im Leben der an Brustkrebs erkrankten Frau verhindern bisher die Erarbeitung eines für jede Frau gültigen Rehabilitationskonzeptes. Neues Basiswissen dafür soll aus der Auswertung von Krankheitsverläufen entstehen, die in Heidelberg sorgfältig unter medizinischen und psychosozialen Aspekten dokumentiert werden (SELLSCHOPP, 1981).

### 6.3 Psychische Belastungen und mögliche Hilfen

An bestimmten Punkten im Verlauf der Brustkrebserkrankung ist die Belastung für die betroffene Frau besonders groß. Diese sind bei der psychologischen Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung zu beachten (PEREZ-GAY, 1980; DRUKARCZYK, 1980).

Hier sind die Zeitpunkte der ersten Diagnose, der Primärbehandlung und deren Ende, des Entdeckens von Rezidiven und Metastasen und die Endphase der Krankheit zu nennen.

Auf die Problematik des Fortschreitens der Krankheit komme ich unter Punkt 6.11 gesondert zurück.

Das Problem der Krankheitsbewältigung und der Hilfsbedürftigkeit der betroffenen Frau stellt sich nicht erst nach dem Faktum der Brustamputation.

Die Reaktion auf die Diagnose beginnt schon davor und verläuft nach PEREZ-GAY (1980) in drei Phasen: die antizipatorische, die operative und die re-  
perative.

Die erste Phase beginnt mit der Wahrnehmung erster Krankheitszeichen. Diese lösen Angst aus. Zur Angstreduktion gibt es verschiedene Mechanismen, je nach Persönlichkeitsstruktur und dem sozialen Beziehungsgefüge des Menschen. Das realitätsangepaßte Verhalten wäre das baldige Aufsuchen ärztlicher Hilfe. Eine andere häufige Reaktionsform auf die Angst ist aber die Verdrängung, das Ignorieren und Bagatellisieren der Symptome (vgl. 5.2.3), was für die Nachsorge von großer Bedeutung ist, da der verspätete Therapiebeginn auch die Prognose verschlechtert (vgl. 5.2.1). Die früher oder später stattfindende Konfrontation mit der Diagnose löst bei der betroffenen Frau zumeist Wut, Resignation, Depression oder intensive Angst aus. Die Aufnahme in ein Krankenhaus aktiviert Gefühle von Einsamkeit und Verlassenheit. Die Patientin beschäftigt sich gedanklich mit allen möglichen Konsequenzen der Diagnose. Die Art, wie sie ihre Diagnose und die akute Bedrohung durch sie erlebt, hängt nicht nur von ihrer persönlichen Konstellation ab, sondern sie wird wesentlich mitbeeinflußt von der Arzt-Patient-Beziehung und der Art der Diagnosemitteilung:

"Verzweiflung und Trauer sind normale Reaktionen auf eine die Frau so sehr bedrohende Diagnose, und es ist äußerst wichtig, daß diese die Möglichkeit hat, diese zu äußern und sich damit akzeptiert und verstanden zu fühlen."  
(PEREZ-GAY, 1980, S. 71).

Ein Verlust kann psychisch besser verarbeitet werden, wenn man ihn vorher antizipieren und ausphantasieren, ihn im Bewußtsein zulassen kann. In präoperativen Gesprächen könnte die Unterstützung eines verstehenden und akzeptierenden Gegenübers der an Brustkrebs erkrankten Frau eine große Hilfe sein.

In der zweiten Phase, der operativen, wird der antizipierte Verlust Wirklichkeit. Häufig ist die Patientin durch Prämedikation und Narkoseeinwirkung nicht voll ansprechbar, dennoch erlebt sie vieles sehr intensiv. Es besteht auch für den Arzt die Möglichkeit zu der die Patientin unterstützenden Kontaktaufnahme durch die Körpersprache. In der Situation der kör-

perlichen Bedrohung durch das ärztliche Tun hilft der Frau "die Regression auf vorsprachliche Kontaktstufen der liebevollen Gesten" (PEREZ-GAY, 1980, S. 71).

Die dritte Phase, die reparative, ist einzuteilen in die Zeit nach der Operation bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus und in die Zeit nach der Krankenhausentlassung. Darin versucht die Patientin mit verschiedenen Techniken, sich an ihre neue Situation anzupassen. Die psychischen Reaktionen auf den Organverlust ähneln der Trauerarbeit bei dem Verlust eines geliebten Menschen, sie dauern ähnlich lange, Monate bis Jahre. Zur adäquaten Verarbeitung der dabei auftretenden Gefühle ist es notwendig, sie äußern zu können. Bagatellisieren ist nicht sinnvoll. Postoperativ scheinbar ganz stabile Frauen können die drastische Verleugnung ihrer Ängste meist nicht durchhalten, dekompensieren später umso stärker und geraten in schwere depressive Zustände.

Im Sinne eines gut funktionierenden Stations- oder Praxisbetriebes und auch zum Schutz vor der eigenen psychischen Belastung besteht die Gefahr, daß der Arzt die Gefühle der Patientin nicht wahrnimmt oder die stillen, angepaßten Frauen bevorzugt. Dann kann die an Brustkrebs erkrankte Frau nicht die wichtige Erfahrung machen, ihre Gefühle der Krankheitsverarbeitung offen erleben zu können, ohne deshalb abgelehnt zu werden. Daraus entsteht die Forderung zu unterstützenden psychosozialen Hilfsangeboten schon während der stationären Zeit. Das ist in anderen Ländern weitaus mehr Bestandteil der klinischen Realität als bei uns (SELLSCHOPP, 1980).

Im Moabiter Krankenhaus in West-Berlin gibt es einen Modellversuch eines psychosozialen Beratungsdienstes während der stationären Behandlungsphase, erste Auswertungsergebnisse sind in Vorbereitung (SCHNURRE, 1981). An der Chirurgischen Universitätsklinik in Heidelberg besteht eine von der Deutschen Krebshilfe e.V. befristet finanzierte Nachsorgeeinrichtungen, die sich nach meinem Erleben vorbildlich um die psychosoziale Patientenbetreuung im ambulanten und stationären Bereich bemüht. Dort findet auch eine mehrwöchige Ausbildung zur psychosozialen Krebsnachsorge für Vertreter/innen der verschiedenen in der Krebsnachsorge tätigen Berufsgruppen statt.

Nach der Klinikentlassung beginnt für viele Frauen vielleicht die schwierigste Phase bei der Krankheitsbewältigung. Besonderes Gewicht für die Wiederherstellung des emotionalen Gleichgewichts der Frau haben die Reaktionen ihres Partners und ihrer Familie (vgl. 6.5 und 6.6).

Das Ende der aktiven Behandlung, die oft auch Passivität vom Patienten verlangt, bringt auch die Forderung nach Aktivität für die Aufgaben in Familie und Beruf mit sich, denen manche Frauen körperlich und seelisch noch nicht gewachsen sind. Für einige kann gerade dann ein Kuraufenthalt im Sinne einer Anschlußheilbehandlung von besonderem Nutzen sein. Andererseits kann gerade Unterforderung, das Fehlen von Aufgaben in Familie und Beruf, besonders bei älteren, alleinstehenden Frauen die Krankheitsbewältigung erschweren.

Um den Übergang in die Nachsorgezeit zu erleichtern gibt es verschiedene Ansätze. Einer davon ist zum Beispiel das Angebot von Betreuungsschwestern im Tumorzentrum Hamburg, die den Kontakt mit der Patientin unmittelbar nach der Diagnosestellung aufnehmen und auch nach der Krankenhausbehandlung Ansprechpartnerinnen bleiben. Ähnliche Erfahrungen liegen auch aus der Schweiz vor, in der die ambulante onkologische Betreuung sehr weit entwickelt ist (MARTZ, 1981; GLAUS, 1981). Die West-Berliner Einrichtung der Nachgehenden Krankenfürsorge stelle ich unter 6.8 vor. In Heidelberg gibt es Ansätze zu familientherapeutischen Gesprächen, die bei an Brustkrebs erkrankten Frauen mit ihren Familien aufgegeben wurden, jetzt aber nach Veränderung der therapeutischen Vorgehensweise bei Familien mit Bronchialkarzinomkranken erfolgreich sind (WIRSCHING et al. 1981).

Eine Erklärung dafür, daß Krebskranke besondere psychotherapeutische Hilfsangebote nicht selten nicht in Anspruch nehmen oder ablehnen ist die: Krebskranke sind ohnehin durch ihre Erkrankung stigmatisiert (vgl. 1.2.5) und wollen nicht noch zusätzlich das Stigma des Psychotherapiebedürftigen auf sich nehmen (PEREZ-GAY, 1980).

TAUSCH (1981) verweist auf gute Erfahrungen mit Gesprächsgruppen für Krebskranke und auf personenzentrierte Hilfsangebote wie Atemtherapie, Yoga, Autogenes Training oder Visualisierungsübungen nach der SIMONTON-Methode (SIMONTON und SIMONTON 1975).

Ein anderer Ansatz ist die Unterstützung zur Selbsthilfe, in der die Erkenntnis zum Tragen kommt:

"Jede Frau bestimmt den Stellenwert, den die Krankheit in ihrem Leben einnimmt, selbst."  
(SCHAFT, 1980, S. 201).

Diese Sichtweise betont die gestalterische Fähigkeit des einzelnen Menschen in seinem Leben. Die zunehmende Entwicklung der Selbsthilfegruppen (vgl. 6.10) führte auch teilweise zu deren Einbeziehung schon in die Phase der stationären Betreuung der an Brustkrebs erkrankten Frauen. Kontaktgespräche und regelmäßige Besuche durch Vertreterinnen von Selbsthilfegruppen für Frauen mit Brustkrebs sind in einer Reihe West-Berliner Krankenhäuser die Regel, in einigen wird dies aber offiziell nicht gestattet (FRITSCH, 1981).

In der Literatur über psychologische Strategien bei der Krankheitsbewältigung wird darauf hingewiesen, daß hilfsbedürftige Menschen nicht immer von sich aus Unterstützung suchen oder auf entsprechende Angebote reagieren. Das scheint vor allem bei älteren Menschen so zu sein, aber weniger wegen Vermeidung und Unterdrückung belastender Gefühle als aus Passivität und Resignation (DRUKARCZYK, 1980).

Vom Gesprächsverhalten des Arztes hängt wesentlich ab, ob Frauen über ihre psychosozialen Probleme reden.

"Mittelpunkt der psychosozialen Nachsorge ist die Gesprächstherapie mit dem Ziel, dem Patienten in einem Klima der Offenheit, der persönlichen Wertschätzung und emotionalen Wärme das angstfreiere Wahrnehmen und den Ausdruck seiner erlebnismäßigen - auch negativen - Reaktionen auf Krankheit und Therapiefolgen zu ermöglichen."  
(HAHN 1979, S. 663).

Die seelischen Probleme der Krebskranken entstehen zumeist durch die Krankheit, an der sie leiden. Die Patientinnen halten für diese Krankheit in ihrem vollem Umfang, also mit Einschluß ihrer psychischen Bewältigungsprobleme, zunächst den Arzt als zuständig. Um diesen Anspruch zu erfüllen, bedarf es "verständnisvoller Solidarität mit dem Patienten" (PEREZ-GAY, 1980,

S. 71). Die therapeutische Wirkung des Arzt-Patient-Gesprächs in der Nachsorge von an Brustkrebs erkrankten Frauen stelle ich unten ausführlicher dar (siehe Teil II, Punkt 8).

Unverarbeitete Probleme bei der Krankheitsbewältigung werden zum Beispiel auch deutlich bei zunehmender persönlicher und gesellschaftlicher Isolierung einer erkrankten Frau. Wann und wie stark ärztlicherseits interveniert werden sollte, läßt sich nur individuell diskutieren.

Bei der Erwägung von Hilfsmöglichkeiten zur psychischen Stabilisierung einer an Brustkrebs erkrankten Frau ist zu beachten, daß die wohl größten Potentiale in der betreffenden Frau selbst stecken. Ärztliche Aufgabe sollte es sein, diese ihr deutlich zu machen. Ebenso müssen die Unterstützungsquellen des sozialen Umfeldes der erkrankten Frau in ihrem enormen Wert für diese erkannt und gefördert werden.

#### 6.4 Medizinische Nachsorge

##### 6.4.1 Organisation

Nach DIEHL (1980) wird ein großer Teil der primärversorgten Tumorpatienten nach Abschluß der initialen Therapie nicht oder nur mangelhaft nachbetreut.

Im Vordergrund der medizinischen Literatur zur Krebsnachsorge steht das Bemühen um eine standardisierte Nachsorge, um eine chancengleiche onkologische Versorgung aller Patienten in jedem Abschnitt der Krankheitsbehandlung und -überwachung zu gewährleisten. Nachsorge sollte nicht zufällig, sondern organisiert und effektiv sein.

Ein großes Problem scheint in der Organisationsform der Nachsorge zu liegen. Verschiedene Interessen führen zu fehlender Zusammenarbeit zahlreicher Institutionen in der Nachsorge (u.a. Hausarzt, Facharzt, regionales Krankenhaus, onkologische Spezialklinik, Nachsorge- und Rehabilitätsklinik, Nachgehende Krankenfürsorge). KLEEBERG (1979) fordert eine Verbindung zwischen forschungsbetonter Zentralisation und versorgungsbetonter Dezentralisation. Träger der Nachsorgephase sollen bei den meisten Autoren die freipraktizierenden Ärzte sein, in Zusammenarbeit mit den Kliniken (GEIER, 1979; SCHLAG, 1979).

Die Praktiker sollen nicht nur Empfänger von verspätet eintreffenden Klinikberichten sein, in denen meist gar nichts darüber steht, was den Frauen und ihren Angehörigen mitgeteilt wurde, was mit ein Grund für die unterschiedlichen Aussagen der Ärzte den Patientinnen gegenüber ist.

Es wäre ideal, wenn eine Frau mit Brustkrebs auch längerfristig vom gleichen Arzt betreut wird, dann käme es auch zu weniger Mißtrauen, nicht die volle Wahrheit erfahren zu haben und zu weniger vermeidbaren Ängsten. OTT (1980) fordert sogar, nur an solchen Orten eine Brustkrebstherapie stattfinden zu lassen, an denen die Nachsorge auch sichergestellt ist. In Bad Godesberg und Heidelberg (OTT, 1981) gibt es eine regional zentralisierte Einbestellung der Patientinnen zu Nachsorgeterminen, in West-Berlin findet meinem Eindruck nach die Nachsorge überwiegend in der erstbehandelnden Klinik statt (vgl. Teil II Punkt 12.7 - 12.11).

Um die Nachsorge auch für die Patienten überschaubarer und effektiver zu machen, eine exakte Dokumentation zu gewährleisten und um eine Standardisierung durchzusetzen, gibt es im Land Nordrhein-Westfalen einen Nachsorgepaß, der in den Händen der krebserkrankten Patienten verbleiben soll. Einen ähnlichen Patientenpaß untersucht die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie in einem Pilotprojekt (FOURNIER, 1980). Diese Dokumentationsform findet bei Medizinern eine völlig unterschiedliche Bewertung, von gänzlicher Ablehnung als unnötige Verunsicherung der Patienten bis zur positiven Beurteilung als Schritt zur Erhöhung des Vertrauens der Patienten in die sie behandelnde Institution (ausführlicher zu dieser Diskussion siehe DIEHL, 1981; HERFARTH, 1981; KLEEBERG, 1981; MAAS, 1981; MENNE, 1981; STAPP, 1981).

Die verstärkten Bemühungen um einen Ausbau der Organisation und Standardisierung der Nachsorge von an Brustkrebs erkrankten Frauen stoßen aber auch auf Kritik. KLEEBERG (1981) befürchtet eine Entwicklung aus der Phase der noch bis in die frühen siebziger Jahre beschämenden Unterversorgung der Krebskranken zum Extrem einer detailliert organisierten und standardisierten onkologischen Nachsorge. Er fordert nicht die standardisierte Nachsorge mit der Entwicklung computerisierbarer Fragebögen, sondern:

"den an Krebs Erkrankten genauso selbstverständlich und frei von Vorurteilen, eigenen und suggerierten Ängsten nach bestem Vermögen zu behandeln, wie jeden anderen Kranken auch."  
(KLEEBERG, 1981, S. 1160).

SCHAFFT (1980) warnt davor, aus dem Ghetto der Krebspatient(inn)en ein "goldenes Ghetto" zu machen. Angehörige der verschiedenen Berufsgruppen, die sich um Krebskranke kümmern, stehen vor der Gefahr, sich so intensiv zu bemühen, daß der Mensch auf der Strecke bleibt:

"aus ihm wird ein behandeltes, versorgtes, gepflegtes, erforschtes, therapiertes, standardisiertes und gleichzeitig exotisches Objekt, das durch die Nachsorge-Mangel gedreht wird."  
(SCHAFFT, 1980, S. 200).

Diese zugespitzte Formulierung weist eindringlich darauf hin, die Gratwanderung zwischen Über- und Unterversorgung der Krebskranken wahrzunehmen. Keineswegs darf sie als Entschuldigung für mangelnde fachliche Betreuung und fehlende menschliche Zuwendung verwendet werden.

#### 6.4.2 Diagnostik

Es soll hier nicht auf den Fahrplan der diagnostischen Schritte eingegangen werden, die nötig sind, um das Auftreten eines Rezidivs oder von Fernmetastasen möglichst früh erkennen und behandeln zu können. In der Literatur findet sich eine Reihe solcher, einander ähnlicher Vorschläge für ein Untersuchungsprogramm in der Nachsorge (siehe HERFARTH, 1979; LEONHARDT, 1980; BETZLER, 1981; OTT, 1981).

Der Gang zu den Kontrolluntersuchungen weist die Patientin immer wieder auf ihre Krankenrolle hin, was zu erheblichen psychischen Belastungen führen kann.

Bei der Gestaltung der Untersuchungstermine sollte alles getan werden, was unnötige Ängste und Spannungen bei den Frauen vermindert (z.B. Wartezeiten verkürzen, konstante ärztliche Bezugsperson gewähren, Befunde sobald als möglich mitteilen, Durchsichtigkeit der Untersuchungen für die Patientin sicherstellen, vor allem Zeit und Bereitschaft zum Gespräch mit der Patientin haben!).

Menschliche Zuwendung ist gerade bei diesen seelisch belastenden Terminen nötig. Die Begleitung durch einen Angehörigen kann für eine Patientin dabei eine große Stütze sein (vgl. Teil II Punkt 12.11).

#### 6.4.3 Nebenwirkungen

Das Erkennen und Behandeln der Nebenwirkungen der Therapie des Brustkrebses ist ein weiterer Teil der ärztlichen Nachbetreuung. Schon in der Klinik sollte auf die Hautpflege nur mit Wasser und Puder in den ersten Wochen nach einer Bestrahlung hingewiesen werden. Sehr wichtig ist die frühzeitige Mobilisation des Schultergelenks, manchmal kann eine krankengymnastische Anleitung dazu auch nach der Krankenhausentlassung noch nötig sein (vgl. Teil II Punkt 12.19).

Funktionell hindernde Narben können durch Maßnahmen der rekonstruktiven Chirurgie beseitigt werden. Das Lymphödem des Armes zählt zu den gefürchteten Komplikationen nach einer Brustamputation. Mit zu dessen Verhinderung trägt das Vermeiden von Traumen und Infektionen bei (Blutentnahmen, Injektionen und Blutdruckmessungen nur am gesunden Arm!). Dazu gibt es auch Merkblätter, die das Gespräch ergänzend sicher wertvoll sind. Vorhandene Lymphödeme benötigen unter Umständen die Behandlung durch ausgebildete Lymphdrainage- und Ödemtherapeuten (FÜLDI, 1981).

Weitere Nebenwirkungen beschreibt FABER (1979). Auf die erheblichen Nebenwirkungen der zytostatischen Krebstherapie geht C.G. SCHMIDT (1979) ein (vgl. auch Teil II Punkt 12.1 - 12.4).

Schon im Krankenhaus sollte den brustamputierten Frauen Hohlkörper-Brustprothesen vorgestellt werden. Ebenso könnten nach Wunsch weiche Erstprothesen verteilt werden (die gibt es bei manchen Sanitätsgeschäften kostenlos). Die Finanzierung der Prothesen ist durch die Krankenkassen sichergestellt. Die Möglichkeit zu prothesengerechten Badeanzügen muß erwähnt werden.

Durch rekonstruktive plastisch-chirurgische Maßnahmen kann mancher Frau geholfen werden, sich mit ihrem Schicksal abzufinden, aber oft werden ihre Erwartungen nur teilweise erfüllt (WENDERLEIN, 1979a). OLBRISCH (1980) meint, fast in allen Fällen bestünde die Möglichkeit einer Brustrekonstruktion. Diese Aussage versteht er auch als Trost vor der Amputation. Seiner Erfahrung nach verlangt nur eine kleine Zahl der betroffenen Frauen eine Wiederherstellung der Brustform nach Abschluß der Primärbehandlung. Er

wartet vor der Rekonstruktion im allgemeinen zwei Jahre, zum einen weil in diesem Zeitraum Rezidive gehäuft auftreten, zum anderen weil das Operationsergebnis dann subjektiv besser akzeptiert wird.

"Die Erfahrungen hat uns außerdem gelehrt, daß eine primär, das heißt unmittelbar nach der Amputation in derselben Narkose wieder aufgebaute Brust von der Patientin nicht akzeptiert wird: Hier liegt der Vergleich mit der früheren natürlichen Brust noch zu sehr vor Augen und in der Erinnerung."  
(OLBRISCH, 1980, S. 64).

Die Wiederherstellungschirurgie nach Brustamputation wegen eines Mammakarzinoms wird von Ärzten kontrovers diskutiert, die diesbezügliche Beratung einer betroffenen Frau in der Nachsorge verlangt eine möglichst vorurteilsfreie persönliche Eingehensweise (vgl. Teil II Punkt 12.6).

## 6.5 Sexualität und Partnerschaft

Eine Reihe von Untersuchungen widmen sich der Frage, welchen Einfluß eine Mastektomie auf die postoperative Sexualität der betroffenen Frau nimmt. Sie weisen auf zum Teil erhebliche Einbußen an Erlebnisfähigkeit und Einschränkung sexueller Aktivitäten hin (FRANK et al., 1978; HERMS, 1978; JAMISON et al., 1978).

WITKIN (1978) beschreibt die zentrale Bedeutung sexueller Beziehungen bei der Bewältigung der emotionalen und psychologischen Folgen des Traumas einer Mastektomie. Deshalb ist Sexualberatung obligatorisch und beruht zu einem großen Teil "auf der Beseitigung von Unwissen und unberechtigten Erwartungängsten sowie Klären von Vorurteilen" (WENDERLEIN, 1979a, S. 1705). Aus der großen Rolle der weiblichen Brust beim Sexualverhalten (KINSEY et al., 1954) ergibt sich einsichtigerweise die starke Verunsicherung, die mit ihrem Fehlen bei der Frau wie auch ihrem Partner eintritt. Die Einbeziehung des Partners schon zum Zeitpunkt der Diagnose kann von großem Nutzen sein (DRUKARCZYK, 1980).

Neben starken Existenzängsten haben Frauen auch manchmal Schuldgefühle wegen ihrer Erkrankung, machen sich oder ihren Partner verantwortlich, haben Angst, anstecken zu können, befürchten vom Geschlechtsverkehr eine Gefähr-

dung oder glauben, in ihrer sexuellen Erregbarkeit gestört sein zu müssen, um nur einige Ängste zu nennen.

"Diese sollte der Arzt spontan ansprechen. Das macht vielen Patientinnen erst Mut, ihre individuellen Befürchtungen vorzubringen. Die Erfahrung, offen über diese Fragen mit dem Arzt sprechen zu können - Lernen am Vorbild - wird oft in die Partnerbeziehung übertragen. Je früher beide Partner sich ihre Ängste und Wünsche mitteilen können, umso seltener gibt es belastende Mißverständnisse."  
(WENDERLEIN, 1979a, S. 1705).

Die Wichtigkeit des offenen aber sensiblen Dialogs zwischen den Partnern muß betont werden.

"Es ist im allgemeinen hilfreicher, sich gegenseitig verbal die Ängste, Restriktionen, Enttäuschungen und Phantasien einzugestehen, als sie nonverbal zum Ausdruck zu bringen und damit irgendwelchen Auslegungen weiten Spielraum zu lassen."  
(DROKARCZYK, 1980, S. 58).

Auch aus eigener Erfahrung beschreibt WITKIN (1975) die verheerenden Folgen des Zurückzuges des Mannes in der Sorge, seine Frau zu schonen, was diese als Desinteresse interpretiert und ihrerseits zu Rückzug führt. Sie fordert auf, Gefühle gegenseitig auszudrücken und frühzeitig den Intimverkehr wieder aufzunehmen, um einem Teufelskreis (jeder fürchtet die Reaktion des anderen) zu entgehen (vgl. Teil II, Punkt 11.5).

Neben diesen interindividuellen Problemen nach einer Brustamputation gibt es auch intraindividuelle bei Mann und Frau, die unter Umständen gezielter Gespräche bedürfen (WITKIN, 1978).

Die Beteiligung des Partners, der möglicherweise auf die Erkrankung seiner Frau selbst mit psychosomatischen Symptomen reagiert, an der Pflege seiner Frau (z.B. Eincremen und Pudern der Narbe) kann es ihm erleichtern, sich mit seinen Ängsten und Unsicherheiten auseinanderzusetzen. Als hilfreich wäre zu empfehlen, den durch die Brustamputation veränderten Körper der Frau tastend "begreifen" und ihn so neu akzeptieren zu lernen.

Vorher schon bestehende Konflikte können durch die Brustkrebserkrankung akzentuiert werden, zur Einstellung sexueller Aktivitäten in einer unbefriedigenden Beziehung oder sogar zur Auflösung der Partnerschaft führen (HEYDE, ABAN, 1973).

Frauen ohne festen Partner entwickeln teilweise starke Ängste vor intimer Nähe nach ihrer Brustamputation. Sie verzichten deshalb bewußt auf neue enge Beziehungen, was zu Entwicklung sozialer Isolation beitragen kann.

## 6.6 Familiensystem

Die Brustkrebserkrankung einer Frau hat in der Regel auch Auswirkungen auf ihr Familiensystem. Umgekehrt ist die Familie und die Art, wie sie mit der Krebserkrankung des Familienmitglieds umgeht, ein wichtiger Unterstützungsfaktor für die Frau bei der Bewältigung der Krankheit und deren Folgen.

In der Mehrzahl aller Familien mit krebserkrankten Familienmitgliedern treten körperliche, psychologische und soziale Probleme auf. Das Auftreten der Erkrankung führt häufig auch die Familie zu einer Krise und Instabilität mit psychosomatischen Störungen der einzelnen Mitglieder (OLSEN, 1970).

Besonders in Familien mit noch kleinen Kindern entstehen während der Abwesenheit der Mutter im Krankenhaus diese zusätzlich belastende Versorgungsprobleme. Bei fehlender Fremdunterstützung kann die Rückkehr nach Hause zu einer chronischen Überlastung der erkrankten Frau führen, was der Genesung abträglich ist.

Die Familie steht wie die Erkrankte selbst vor dem Problem, die neue Realität akzeptieren zu müssen.

Nach DRUKARCZYK (1980) gibt es zwei besonders ungünstige, familiäre Verhaltensweisen gegenüber der erkrankten Frau:

- Übermäßige Belastung, die Familie verharmlost die Realität, mutet der Erkrankten die ungeschmälernte Übernahme der sozialen Pflichten zu, legt sie auf die Rolle der Gesunden fest (vgl. 1.2.3). Dies wird die Betroffene als Überforderung und deprimierende Gleichgültigkeit ihr und ihren Bedürfnissen gegenüber erleben.
- Schonhaltung, die Kranke wird auf ihre Krankenrolle festgelegt, in einem Schonraum des Patientseins festgehalten. Sie erlebt sich dann kränker als sie ist, sie kann sich verstärkt isoliert und abgeschoben fühlen.

Rigide Rollenzuschreibung drückt die Unsicherheit der Familie im Umgang mit der Krebserkrankung aus, sie wird dem kranken Familienmitglied in seiner vorhandenen Leistungsfähigkeit nicht gerecht.

Offen und einfühlsam Gespräche miteinander führen zu können, ermöglicht den Familienmitgliedern auch einen flexiblen Umgang, der es jedem Teil gestattet, sich in seinen Stärken und Schwächen zu zeigen und dabei voll von den anderen akzeptiert zu werden. Das ist zu fördern. Gerade der Hausarzt befindet sich in einer guten Position, aufklärend in Familien zu wirken und positive Veränderungen innerhalb dieses Systems herbeizuführen, vorausgesetzt, er nutzt seine Autorität und sein Vertrauen in der richtigen Weise (WIRSCHING, 1981).

Die Möglichkeiten, das Arzt-Patient Verhältnis als Lernmodell für den Patienten zu nutzen, ist unter Punkt 8.5 im Teil II dargestellt (zur Familienproblematik vgl. auch Punkt 10, Teil II).

#### 6.7 Soziale Hilfen

Den an Brustkrebs erkrankten Frauen stehen eine Reihe sozialer Hilfen zu, über die sie schon während der Primärbehandlung informiert werden sollten. Die Informationen sollten nicht zufällig gegeben werden, sondern ein Teil des Behandlungsplans sein. Dazu gehört auch eine geregelte Zusammenarbeit zwischen Ärzten/innen und Sozialarbeitern/innen.

Gerade im Anschluß an eine Krankenhausbehandlung kann eine zeitlich befristete Entlastung durch eine Haus- oder Familienpflegerin von großem Nutzen sein (HAHN, 1979).

Nach- und Festigungskuren können ärztlich verschrieben werden und werden von den verschiedenen Versicherungsträgern auf Antrag unterschiedlich oft gewährt. Die Kuren sollen der vollen Rehabilitation dienen. Die frühere restriktive Handhabung der Rentenversicherungsträger, Kuraufenthalte bei Rezidiven und Metastasen in der Regel abzulehnen (PFLEIDERER, 1977), scheint heute gelockert zu sein. Inzwischen gibt es eine Reihe Kurkliniken, die auch eine Chemotherapie beim Fortschreiten der Erkrankung durchführen (KREDEL, 1981). Für eine an Brustkrebs erkrankte Frau gibt es auch die Mög-

lichkeit, über das Sozialamt verschickt zu werden, oder von ihrer Krankenkasse einen Zuschuß zu einem Familienurlaub zu erhalten.

Man muß sich aber auch fragen, ob eine verbesserte ambulante Beratung und Therapie in Wohnnähe nicht effektiver wäre als längere Kuraufenthalte, die weniger häufig von älteren Frauen und solchen aus unteren Sozialschichten in Anspruch genommen werden (WENDERLEIN, 1979b). Zur Diskussion über die Relevanz und Effektivität der Kuraufenthalte verweise ich auf SACK und GALLMEIER (1979) und Punkt 12.13 im Teil II.

Finanzielle Hilfen erhalten in der Regel nur besonders Bedürftige auf Antrag, was bei alleinstehenden Frauen gar nicht so selten der Fall sein dürfte (z.B. Hilfe zur Pflege, Wäschezulage, Brennstoffbeihilfe usw.).

Mit einem Schwerbehinderten-Ausweis, den alle an Krebs erkrankten Menschen mit einer Erwerbsminderung über 50% erhalten können, werden eine Reihe auch finanzieller Vorteile erreichbar (steuerliche Vergünstigungen, Wohngeld, mehr Urlaub, Kündigungsschutz u.ä.). Die Ausweisbezeichnung kann für viele Frauen auch ein Schock sein, was man in Erwägung ziehen muß (vgl. Teil II, Punkt 12.16).

#### 6.8 Nachgehende Krankenfürsorge

In den Gesundheitsämtern der zwölf West-Berliner Verwaltungsbezirke gibt es die Einrichtungen der Nachgehenden Krankenfürsorge. Aufgabe der dort beschäftigten Sozialarbeiter und -innen ist die Beratung von Menschen, die wegen bösartigen Tumoren jeglicher Art behandelt worden sind, ihrer Familien und Kontaktpersonen in Fragen der persönlichen und materiellen Hilfe unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht.

In persönlichen Gesprächen sollen die Patienten befähigt werden:

- die eventuelle körperliche Behinderung zu bewältigen,
- sich mit der durch die Erkrankung bedingten veränderten Lebenssituation auseinanderzusetzen,
- krankmachende Konflikte und Ängste zu bearbeiten und
- die Patienten zur Inanspruchnahme von ärztlicher Hilfe und Nachsorge motiviert werden.

Bei dem Angebot persönlicher Hilfen sollen Methoden der Sozialarbeit, die die gesamte Lebenssituation des Klienten umfaßt, angewendet werden (u.a. Einzelhilfen, Gruppenarbeit).

Die Beratung über materielle Hilfen bezieht sich auf die unterschiedlichen Leistungen der Versicherungsträger und die Hilfen nach dem Bundessozialhilfe-, dem Schwerbehinderten- und dem Berliner Blinden- und Hilflosenpflegegeldgesetz, die Möglichkeiten der Rehabilitation und die Unterstützung bei der Beschaffung von geeignetem Wohnraum.

Die Tätigkeit der Nachgehenden Krankenfürsorge ist in Richtlinien vom SENATOR FOR GESUNDHEIT UND UMWELTSCHUTZ festgelegt worden (1978). Dort wird auch die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern und Ärzten bei der Nachsorge von Tumorkranken dargestellt. Den Sozialarbeitern und -innen wird die Aufgabe zugeschrieben,

"den Kontakt zwischen dem Arzt und dem Patienten zu sichern und dafür Sorge zu tragen, daß der Erkrankte die Notwendigkeit der Nachbehandlung bzw. Nachbeobachtung erkennt, (SENATOR FOR GESUNDHEIT UND UMWELTSCHUTZ, 1978, S. 64).

In ihrer Beratungstätigkeit können die Sozialarbeiter und -innen der Nachgehenden Krankenfürsorge den krebserkrankten Menschen wichtige Hilfestellungen geben und eine eigenständige, wertvolle therapeutische Arbeit leisten.

Als besonders problematische Punkte in ihrer Beratungstätigkeit beschrieben mir Sozialarbeiter und -innen folgende:

Die große Anzahl der zu betreuenden Klienten erschwert ein persönliches Eingehen auf den einzelnen. Häufig besteht beim Beratungsgespräch Unklarheit, ob und wieweit ein ratsuchender Klient von seinem Arzt über seine Diagnose informiert wurde. Das führt zu Unsicherheiten und Kommunikationsstörungen. Auch die Namensgebung "Nachgehende Krankenfürsorge" hält diese Unklarheit aufrecht, da sie keinen Hinweis auf die Beratung speziell von Tumorkranken enthält.

Die Zusammenarbeit zwischen Kliniken und der Nachgehenden Krankenfürsorge, zwischen den Berufsgruppen der Ärzte und Sozialarbeiter, muß zum Nutzen der

Patienten gefördert werden. Dazu dienen auch die Merkblätter für Ärzte, die vom SENATOR FÜR GESUNDHEIT UND UMWELTSCHUTZ (1980) in Zusammenarbeit mit dem Tumorzentrum Berlin e.V. herausgegeben wurden. Nicht jedem Arzt ist die Existenz dieser Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens bekannt. Auf sie sollte schon der erstbehandelnde Arzt einen tumorkranken Patienten aufmerksam machen.

## 6.9 Berentung und berufliche Rehabilitation

Einer an Brustkrebs erkrankten Frau automatisch eine Rente zu gewähren, schädigt sie unter Umständen wirtschaftlich und ist außerdem "ein grober psychologischer Fehler" (FABER, 1979, S. 661).

Wenn die Patientin beim Erkrankungsbeginn einen Arbeitsplatz hat, bekommt sie bei bestätigter Arbeitsunfähigkeit von ihrer Krankenkasse Krankengeld bis zu 78 Wochen. Das kann ausgeschöpft werden und manchmal erhöht sich dadurch auch die dann vielleicht doch nötig werdende Rente. Das muß bedacht werden, wenn man einen Rentenanspruch auf bestimmte oder unbestimmte Zeit stellt (PFLEIDERER, 1977; HAHN, 1981).

In der Regel ist mit Erhalt des Rentenbescheids ein Arbeitsverhältnis aufgelöst. CARSTEN und SCHWARZE (1979) fragen, ob nicht zu oft auf Grund von falschem Mitleid berentet wird.

Die Einleitung des Rentenverfahrens zu einem frühen Zeitpunkt (nach Ablauf der stationären Therapie) ist unter ökonomischen Gesichtspunkten (zum Vorteil der Patientin) nur bei solchen Frauen angezeigt, die zum Erkrankungszeitpunkt nicht versicherungspflichtig beschäftigt sind, jedoch aus zurückliegender Erwerbstätigkeit (mindestens 60 Monate) einen Rentenanspruch erworben haben (DRUKARCZYK, 1980).

Rückführung ins tätige Leben scheint auch deshalb nötig, weil im nicht aktiven Leben Depressionen gefördert werden können (vgl. 1.2.3). Die Besprechung von Rehabilitationsfragen sollte in der Nachsorge von an Brustkrebs erkrankten Frauen ein fester Bestandteil sein.

Die Wiedereingliederung in das Berufsleben kann in der Wiederaufnahme der letzten Tätigkeit bestehen, in der Vermittlung einer anderen Tätigkeit oder sogar in der Umschulung in einen anderen Beruf.

Während der Krankschreibung den Kontakt zu den alten Arbeitskollegen/innen zu halten, erleichtert einer an Brustkrebs erkrankten Frau den Wiedereingang.

Ein Gespräch des Nachsorgearztes mit dem Arbeitgeber kann positive Auswirkungen zum Nutzen der Patientin haben bei der Frage ihrer Weiterbeschäftigung oder Umsetzung innerhalb eines Betriebes.

Andererseits ist festzustellen, daß vielen Frauen im Verlauf ihrer Erkrankung gekündigt wird, und kein neuer Arbeitgeber das Risiko, eine Kranke zu beschäftigen, eingehen will.

FERBER und FERBER (1978) weisen darauf hin, daß mit dem Rückgang der Beschäftigung als Folge ökonomischer Rationalisierung im konjunkturellen Abschwung der Zugang zur Rentenversicherung steigt.

"Die Veränderung der Anforderungen an die Arbeitseignung führt zur Aussonderung einer Kategorie von schwer oder nicht mehr vermittlungsfähigen Arbeitskräften."  
(FERBER, FERBER, 1978, S. 12).

Zu diesen gehören als erste Frauen, gesunde und erst recht kranke: Arbeitslosigkeit führt häufig zu Depressionen, was im Falle einer an Brustkrebs erkrankten Frau die Krankheitsbewältigung zusätzlich erschwert.

#### 6.10 Selbsthilfegruppen

Auch im deutschsprachigen Raum wächst das Interesse an den möglichen Auswirkungen nicht-professioneller Unterstützungsangebote auf die Rehabilitation von Krebspatientinnen (SCHAFFT, 1980; KICKBUSCH, TROJAN, 1981; TROJAN, DÜHNER, 1981). Im Vordergrund der Untersuchungen stehen krankheitsbezogene Selbsthilfegruppen.

In der Gruppe wird den Teilnehmern möglich zu erfahren, wie andere mit ihrem Schicksal umgehen. Die Gruppe ist ein freiwilliger Zusammenschluß von Menschen, die sich selbst helfen wollen. In einem Klima der gegenseitigen Achtung und des Vertrauens bestimmt jeder Teilnehmer selbstverantwortlich allein über sich. In der Idealgruppe gibt es keinen Leiter. Eine praxisnahe Darstellung findet sich bei MOELLER (1978).

In der gegenwärtigen Situation ist ein Widerspruch zu sehen zwischen konkreter Selbsthilfeaktivität einerseits und idealtypischen Selbsthilfekonzepten andererseits. Zum Beispiel entspricht die "Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V." mit ihrer fremdfinanzierten Organisation und ihren Gruppenleiterinnen keineswegs dem Selbsthilfegruppenkonzept von MOELLER (1978), das in der Bundesrepublik wohl am bekanntesten ist (SCHAFFT, 1980).

Es gibt keine eigentliche Definition von Selbsthilfegruppen, jedoch eine große Anzahl konkret arbeitender Gruppen (die Namen der Kontaktpersonen von in West-Berlin existierenden Selbsthilfegruppen für an Brustkrebs erkrankte Frauen sind im Anhang angegeben).

KATZ und BENDER (1976) sehen als Grund für die Entstehung der Selbsthilfegruppen eine defizitäre psychosoziale Versorgung und verstehen die Selbsthilfegruppen als Möglichkeit, Bedürfnisse der Mitglieder zu befriedigen, die von oder mittels sozialer Institutionen nicht erfüllt werden. Wichtige Bedürfnisse können sein: die Überwindung der passiven Patientenrolle, die Entwicklung selbstverantwortlichen Handelns und die Stärkung der lebendigen Hoffnung gegenüber der Situation lähmender Angst. Innerhalb einer Gruppe gleichbetroffener kann die gesellschaftliche Stigmatisierung der Krebskrankheit aufgehoben sein und dadurch den Teilnehmern die Krankheitsbewältigung erleichtern.

"Selbsthilfegruppen haben sich im Laufe der Geschichte stets dort gebildet, wo eine Gruppe von Menschen in gemeinsamer Not war und ihre Situation erkannte."  
(MOELLER, 1978, S. 45).

Ich werde hier nicht weiter auf die Bedeutung der Selbsthilfegruppen eingehen (vgl. aber Teil II, Punkt 13).

Die Existenz der Selbsthilfegruppen ist ein Faktum, zunehmend werden sie auch von ärztlichen Standesorganisationen in ihrem Wert anerkannt und auch zu ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen eingeladen. Die professionellen Helfer nicht nur in der Nachsorge von an Brustkrebs erkrankten Frauen sollten sich fragen, wieweit sie diese Gruppen unterstützen wollen (MOELLER, 1981). Bei an Brustkrebs erkrankten Frauen sollten Selbsthilfe-

gruppen ähnlich wie in den USA und vereinzelt bei uns schon in die Betreuung während des Klinikaufenthaltes zur Primärbehandlung integriert sein (vgl. 6.3).

#### 6.11 Fortschreiten der Brustkrebserkrankung

Nach SCHMALE (1976) sind sich die Frauen ihrer Krankheit und deren Ausmaße nur zwischenzeitlich bewußt. Verheilte psychische Wunden werden besonders dann wieder aufgerissen, wenn Lokalrezidive und Metastasen auftreten. Alte Phantasien, was das Schlimmste hätte sein können, werden zur Wirklichkeit. Der Arztbesuch kann wieder verzögert werden (vgl. 5.2.3), und die Patientin kann sehr "schwierig" werden (vgl. 1.2.6).

Oft unterziehen sich die Frauen magischen Kuren wegen ihrer Krankheit, über die sie keine Kontrolle haben. Der Arzt kann das ansprechen, sein Interesse an allen möglichen Krebsbehandlungen kann die Patientin beruhigen (SCHMALE, 1976).

Durch Zytostatika können manchmal hohe Remissionsraten erreicht werden, die Nebenwirkungen können jedoch das Vertrauensverhältnis zwischen Patientin und Arzt/Ärztin dramatisch belasten.

Der medikamentös bedingte Haarausfall wird als tiefgreifende Verletzung der körperlichen Integrität erlebt (MATERN, 1980). Manche Frauen lehnen eine erneute Behandlung ab, sind enttäuscht oder fürchten sich vor einer Überbehandlung. Leicht entwickeln sich Kommunikationsstörungen beim Umgang mit der Patientin (vgl. ausführlich Punkt 4).

In der neuen Krise braucht auch die Familie Beratung, deren Gefüge nicht selten durch die Erkrankung der Frau zerstört ist (GALLMEIER, 1980); in der Familie stecken aber auch viele der Patientin stützende Faktoren (FRIEDRICH, 1980).

Leider ist die Pflege der Kranken im häuslichen Milieu in unserem medizinischen Versorgungssystem nur gering entwickelt. Es kommt deshalb oft zur unnötigen Entwurzelung aus der vertrauten Umgebung, wodurch verstärkt andere Anteile der Frau außer dem der Krankheit sowohl von ihr selbst als auch von ihrer Umgebung vernachlässigt werden.

Der Arzt hat dann eine lebensbegleitende Aufgabe, wobei die Gewißheit, daß er die Patientin und ihre Familie nicht im Stich läßt, sondern ihnen helfen wird, wenn die Zeit zum Sterben kommt, für beide sehr wichtig ist. Die weitergeführte Behandlung und Zuwendung zeigt der Frau oft die Hoffnung des Arztes, an die sich ihre Hoffnung anbindet (KLEIN, 1979; WUNNERLICH, 1972; VALENT, 1978).

"Das Ansehen des ärztlichen Berufs war niemals größer als im 18. Jahrhundert, als man nichts Effektiveres als Handauflegen und Zuhören anbieten konnte."  
(AITKEN, 1979, S. 282, eigene Übersetzung).

Zwei menschliche Fähigkeiten und Verhaltensweisen, die nicht im Sinne von "Wunderheilern", sondern als Ausdruck patientenzentrierter Orientierung in der ärztlichen Tätigkeit ihren angemessenen Platz finden müssen.

## II Darstellung und Diskussion der Ergebnisse einer Felduntersuchung in Berlin (West)

---

### 1. FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN

Grundlage dieser Untersuchung ist die Fragestellung, welche psychischen und sozialen Folgen bei an Brustkrebs erkrankten Frauen als Konsequenz ihrer Krankheit auftreten. Diese sollen beschreibend dargestellt und mögliche Hilfestellungen zur Krankheitsbewältigung aufgezeigt werden.

Insbesondere interessiert, wieweit die medizinische und soziale Nachsorge an Brustkrebs erkrankte Frauen erfaßt. Im speziellen soll geprüft werden, ob die medizinische Nachsorge den Anspruch ausreichender psychischer Betreuung erfüllen kann.

Die Erfahrungen betroffener Frauen und ihre Wünsche werden auch unter dem Gesichtspunkt untersucht, Hinweise auf eine bessere psychosoziale Betreuung geben zu können.

Nach intensivem Literaturstudium wurden folgende Hypothesen aufgestellt, die mit Hilfe von Gesprächen mit an Brustkrebs erkrankten Frauen über ihre Erfahrungen und Bedürfnisse bestätigt oder abgelehnt werden sollen:

Die Thesen wirken teilweise trivial, dennoch sollen hier auch Ergebnisse des gesunden Menschenverstandes untersucht werden. Obwohl die Hypothesen nur an einer kleinen Gruppe von an Brustkrebs erkrankten Frauen überprüft wurden, und die Ergebnisse nicht generalisiert werden können, möchte ich die Hypothesen trotzdem allgemein formulieren, da sie von genereller Bedeutung sein können.

1. An Brustkrebs erkrankte Frauen können nicht ausreichend mit nichtprofessionellen Helfern über ihre Erkrankung sprechen.
2. An Brustkrebs erkrankte Frauen haben bei einem der sie betreuenden Ärzte das Gefühl, daß ihre Fragen ausreichend beantwortet werden.
3. An Brustkrebs erkrankte Frauen äußern sich mit der ärztlichen Behandlung unzufrieden.
4. An Brustkrebs erkrankte Frauen können bei den ärztlichen Nachsorgeuntersuchungen nicht über ihre seelischen Schwierigkeiten sprechen.
5. An Brustkrebs erkrankte Frauen erleben verschiedene Formen von Ablehnung wegen ihrer Erkrankung von ihrer weiteren Umgebung.
6. An Brustkrebs erkrankte Frauen finden in ihrer Familie Unterstützung.

7. An Brustkrebs erkrankte Frauen beurteilen die Brust als wichtig für die Sexualität der Frau.
8. Brustamputierte Frauen können ihre Narben betrachten.
9. An Brustkrebs erkrankte Frauen sind im hohem Maße mit ihrer Partnerschaft zufrieden.
10. An Brustkrebs erkrankte Frauen erleben nach ihrer Brustamputation Veränderungen in ihrer Partnerbeziehung.
11. An Brustkrebs erkrankte Frauen halten das Verhalten des Partners für wichtig bei der Wiederaufnahme sexueller Aktivitäten.
12. An Brustkrebs erkrankte Frauen gehen regelmäßig zu Nachsorgeuntersuchung.
13. An Brustkrebs erkrankte Frauen gehen zu Nachsorgeuntersuchungen in ein Krankenhaus.
14. An Brustkrebs erkrankte Frauen werden zu Nachsorgeuntersuchungen einbestellt.
15. An Brustkrebs erkrankte Frauen gehen regelmäßig zu vortermnierten Nachsorgeuntersuchungen.
16. An Brustkrebs erkrankte Frauen werden bei den Nachsorgeuntersuchungen regelmäßig körperlich untersucht.
17. An Brustkrebs erkrankte Frauen haben vor den Nachsorgeuntersuchungen Angst.
18. Die ersten Veränderungen durch den Brustkrebs bemerken die betroffenen Frauen selbst.
19. An Brustkrebs erkrankte Frauen untersuchen sich auch selbst.
20. An Brustkrebs erkrankte Frauen mit Kurerfahrung sehen Kuren als für sie nützlich an.
21. An Brustkrebs erkrankte Frauen kennen die Institution Nachgehende Krankenfürsorge.
22. An Brustkrebs erkrankte Frauen erleben die Beratung bei der Nachgehenden Krankenfürsorge als hilfreich.
23. An Brustkrebs erkrankte Frauen haben in der Regel einen Schwerbehindertenausweis.
24. An Brustkrebs erkrankte Frauen werden nach ihrer Brustamputation zu Bewegungsübungen angeleitet.
25. An Brustkrebs erkrankte Frauen beurteilen Gesprächsgruppen gleichbetroffener Frauen als hilfreich für sich, wenn sie daran teilgenommen haben.
26. Bei an Brustkrebs erkrankten Frauen kommt es in der Folge ihrer Erkan-

kung häufig zu Veränderungen in ihrer Beschäftigungssituation, wenn sie vorher in einem Arbeitsverhältnis gestanden haben.

27. An Brustkrebs erkrankte Frauen haben Pläne und Wünsche für ihre Zukunft.

## 2. METHODISCHES VORGEHEN

Für die Interviews mußte eine Methode gewählt werden, die es den befragten Frauen ermöglicht, für sie wichtige Erlebnisse, Erfahrungen, Handlungsmotive und Bewältigungsstrategien im Zusammenhang mit ihrer Brustkrebserkrankung mitzuteilen. Die Gesprächsform sollte es den Frauen erleichtern, wichtige Erlebnisinhalte zu aktualisieren und zu verbalisieren. Zu beachten war, die Kommunikation mit dem Untersucher nicht durch einen aufgedrängten Fragestil zu be- oder sogar zu verhindern. Das Ziel war, eine Gesprächssituation zu planen, die es den Frauen ermöglicht, selbstbestimmt sich und den Sachverhalt darzustellen.

Das persönliche, qualitative, nicht-standardisierte Interview erscheint als geeignetes methodisches Vorgehen, die oben genannten Voraussetzungen zu erfüllen (HOPF, 1978; SACKET, 1979; DRUKARCZYK, 1980; WOESLER DE PANAFIEU, 1981). Ein standardisiertes Interview in der Form, daß alle Fragen allen Befragten mit gleichem Wortlaut und in der gleichen Reihenfolge gestellt werden, erschien als zu rigides Fragenschema. Ich befürchtete, mit so einem standardisierten Vorgehen die befragte Person in die Defensive zu drängen, ihr das Gefühl zu vermitteln, getestet zu werden.

Das würde die Kommunikation gefährden, weil Schutzmechanismen angewendet werden aus der Angst heraus, schlecht abschneiden zu können.

Den kritischen Einwänden von Naturwissenschaftlern, daß das oberste Ziel jeder Untersuchung sein müßte, objektive, d.h. von der Person des Untersuchers und der spezifischen Situation unabhängige, sowie jederzeit reproduzierbare Ergebnisse zu liefern, möchte ich entgegenhalten, daß das in der sozialen Wirklichkeit kaum möglich ist und der Realität auch nicht gerecht wird. Zwei soziale Situationen sind nie identisch. Jedes Individuum befindet sich zum Zeitpunkt der Befragung in einer einzigartigen lebensgeschichtlichen Situation, auch wenn es einer Schicht oder Gruppe zurechenbar ist.

"Sozialpsychologische Datenerhebung und Analyse müssen ihren Ausgangspunkt bei der Wirklichkeitskonzeption der befragten Person nehmen."  
(DRUKARCZYK, 1980, S. 153)

Der Untersucher muß sicherstellen, daß er nicht seinen alltäglichen oder wissenschaftlichen Rahmen auf die Befragten überträgt. Diese Gefahr ist be-

sonders groß bei schriftlichen oder mündlichen standardisierten Fragebogen-erhebungen.

Um es klar zu sagen: meine Untersuchung kann nicht im wissenschaftstheoretischen Sinne den Kriterien der Validität, Reliabilität und Objektivität entsprechen.

Methodische Unsicherheit entsteht bei mir auch aus der nur mangelhaft ausgearbeiteten Methodologie der Beobachtungsstudien (SELBMANN, 1981). Die Unterschiede im Verhalten der Frauen kann ich wissenschaftlich nur beschränkt verstehen, da ich deren Motivationen - das heißt die jeweilige Charakterstruktur - nicht umfassend begreife. Dazu fehlt mir eine Methode nicht-verbalisierte Daten zu untersuchen. Das könnte nach FROMM (1977) wohl am besten die Psychoanalyse. Unter diesem Gesichtspunkt wäre fruchtbarer als meine gewählte Methode eine Serie von Interviews mit derselben Person mit Einschluß der Untersuchung von Träumen und projektiver Tests. Dazu fehlt mir aber die Ausbildung.

Die Argumente, die für das persönliche, qualitative, nicht-standardisierte Interview sprechen, möchte ich nach HOPF (1978) und DRUKARCZYK (1980) zusammenfassen:

1. Es kommt einer "natürlichen" Gesprächssituation näher als alle anderen Verfahren der Befragung und ermöglicht eher wirklichkeitsgerechte Antworten.
2. Die Rollentrennung von Frager und Befragtem bleibt im Prinzip erhalten und damit auch der steuernde Einfluß des Untersuchers.
3. Es gestattet besser als alle anderen Verfahren, die vorgesehenen Themenbereiche im eigenen Bezugsrahmen des Interviewten abzufragen.
4. Es ist elastischer als alle anderen Verfahren: der Interviewer kann seine Technik an die besondere Lage der einzelnen Befragten anpassen. Es kann nicht antizipierte Ideen der Befragten, die im Laufe des Gesprächs von diesen eingebracht werden, nachgehen und Themen auslassen, die im Einzelfall nicht adäquat erscheinen.
5. Es ist auch dann anwendbar, wenn das Forschungsgebiet noch nicht gut umrissen ist.
6. Es vermeidet das "sture Abhaken" von Fragen, das oft als emotional störend empfunden wird von den Befragten, da bei ihnen das Gefühl entsteht, der Interviewer sei im Grunde an ihren Antworten nicht sonderlich interessiert, wenn er die Anregungen nicht aufgreift, sondern, mit der nächsten Frage der Liste fortfährt.

7. Die soziale Distanz zwischen Interviewer und Befragtem ist geringer als beim standardisierten Instrument, da beide in einem intensiveren und dichterem Verhältnis wechselseitiger Einflußnahme stehen.

Das qualitative Interview hat die Aufgabe, Informationen über Erfahrungen, Einstellungen und Erlebnisinhalte zu sammeln und zwar derart, daß die Reaktionen verschiedener Befragter verglichen werden können. Dieses Ziel zu erreichen, hilft ein Interviewleitfaden, der Grundfragen enthält, die als Gerüst der Untersuchung gelten. Es bleibt dem Interviewer überlassen, zu welchem Zeitpunkt er diese Fragen stellt, wie er sie formuliert, und welche Zusatzfragen er benützt. Dieses Verfahren gewährleistet die Elastizität, die nötig ist, gesellschaftlich tabuisierte Themenbereiche zu erfassen.

Abschließend nehme ich noch Stellung zum retrospektiven Ansatz meiner Untersuchung. Mir ist bewußt, daß dies zu einer Verzerrung der Untersuchungsergebnisse führen kann. Alles, was sich seit der Brustamputation ereignet hat, beeinflußt unweigerlich die rückblickende Beurteilung. Es besteht die Gefahr, daß zwischen der Erkrankung und nachfolgenden Ereignissen Zusammenhänge konstruiert werden, die möglicherweise gar nicht den Tatsachen entsprechen.

Methodisch befriedigender wäre sicherlich eine prospektive Untersuchung, die Frauen schon vor ihrer Erkrankung aufnimmt und ihre Lebensgeschichte mit Eintritt der Brustkrebserkrankung über einen längeren Zeitraum hin verfolgt. Dieses Vorgehen war mir aber im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich.

### 3. DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG

#### 3.1 Art der Kontaktaufnahme

Ein Hauptproblem der Untersuchung war, betroffene Frauen zu finden, die mit einem fremden Menschen über ihre Erkrankung und die damit verbundenen Erfahrungen zu sprechen bereit waren.

Zuerst bestand der Plan, eine große Gruppe betroffener Frauen (circa 200) durch einen anonym zu beantwortenden Fragebogen über das Landesversorgungsamt Berlin anzusprechen und danach mit einer kleineren Gruppe, die sich dazu bereit erklären sollte, ein offenes, nicht-strukturiertes Interview zu führen. Dieses Vorhaben mußte aufgegeben werden, weil in der Landesbehörde niemand die Verantwortung für die Versendung der Fragebögen übernehmen wollte, da juristische Schwierigkeiten befürchtet wurden.

Somit sah ich folgende Möglichkeiten, mit brustamputierten Frauen in Kontakt zu kommen:

1. Kontaktaufnahme über einen Arzt/Ärztin in einem Krankenhaus oder in einer Praxis;
2. Kontaktaufnahme über die Selbsthilfegruppen für brustamputierte Frauen;
3. Kontaktaufnahme über Sozialarbeiter/innen in der Nachgehenden Krankenfürsorge in den verschiedenen West-Berliner Gesundheitsämtern, die speziell für Tumorkranke zuständig sind.

Es erschien mir wichtig, in ganz West-Berlin verstreut Frauen zu finden, die auch in verschiedenen Krankenhäusern behandelt wurden, damit sich die mir mitgeteilten Erfahrungen mit der ärztlichen Versorgung nicht nur auf ein oder zwei Kliniken beschränken, wodurch die Ergebnisse der Stichprobe auch "allgemeingültiger" sein könnten.

So stellte ich mich und mein Vorhaben den Vertreterinnen der verschiedenen Frauenselbsthilfegruppen und Gesprächsgruppen nach Brustkrebs bei den Treffen der Selbsthilfegruppen im Institut für Soziale Medizin vor, nahm Kontakt auf zu Sozialarbeiterinnen der Nachgehenden Krankenfürsorge in mehreren Bezirken Berlins (West) (Neukölln, Kreuzberg, Wilmersdorf, Charlottenburg, Zehlendorf) und bat den Leiter der Frauenklinik und -Poliklinik im Klinikum Charlottenburg der Freien Universität Berlin, Herrn Prof. Dr. Kindermann um Unterstützung bei meiner Untersuchung, die er mir bereitwillig zusagte.

Es wurde vereinbart, daß die verschiedenen Kontaktpersonen brustamputierte Frauen schriftlich oder mündlich ansprechen, ob sie zu einem Gespräch mit mir bereit wären, dabei einen Brief von Frau Dr. Goetz und mir aushändigen, (siehe Anhang) in dem Ziel und Art des Gesprächs grob skizziert sind, und mir die Telefonnummern bzw. die Anschriften der Frauen mitteilen, wenn sie einem Treffen zugestimmt haben. Nach Erhalt der Telefonnummer bzw. Anschrift nahm ich mündlich oder schriftlich Kontakt mit der jeweiligen Frau auf und vereinbarte einen Gesprächstermin.

### 3.2 Selektion der Frauen

Damit die Untersuchungsgruppe homogener wird und die Erfahrungen in ihrer Unterschiedlichkeit sich nicht allein schon durch das verschiedene Alter der Frauen ergeben, bat ich um eine Selektion der in Frage kommenden Frauen nach Alter und dem Zeitpunkt der Brustamputation. Ich selbst habe bei den mir mitgeteilten, gesprächsbereiten Frauen keine Auswahl mehr getroffen.

(1) In der Untersuchungsgruppe sind nur Frauen bis zu 56 Jahren. Dies ist zwar eine relativ willkürliche Entscheidung, sie bezieht sich aber auf die erwarteten Aussagen zu Berufstätigkeit, Familie und Partnerschaft. Bei älteren Frauen ist in verstärktem Maße damit zu rechnen, daß sie nicht berufstätig sind und keine Erfahrungen machten mit ihrer Erkrankung am Arbeitsplatz, aus verschiedenen Gründen alleinstehend sind und eventuelle Kinder aus der Elternwohnung ausgezogen sind. Durch die Auswahl jüngerer Frauen versuche ich, die Überlagerung der Probleme, die durch die Erkrankung entstehen, mit denen des Alterns zu verringern. Ich bin mir bewußt, daß diese Vermischung für den betreffenden Menschen jedoch eine erhebliche Mehrbelastung sein kann und daß das Altern ein kontinuierlicher Prozeß ist, der sich nicht an einer Zahl festmachen läßt.

(2) Der Zeitpunkt der Brustamputation (bei beidseits amputierten Frauen der letzten) liegt mehr als ein Jahr zurück und war nicht vor 1976. Das sollte gewährleisten, daß schon länger Erfahrungen mit der Erkrankung und der Nachsorge vorliegen, andererseits es nicht zulange zurückliegt, und die persönlichen Erfahrungen nicht schon in Gefahr sind zu verblassen.

Das anfängliche Vorhaben, nur Frauen zu interviewen, die 1979 mastektomiert wurden, um auch dadurch eine homogenere Gruppe zu bilden, mußte aufgegeben werden, da sich nicht genügend Frauen mit diesem Operationsjahr fanden.

### 3.3 Motivation zum Gespräch

Es gibt nach DRUKARCZYK (1980) verschiedene Möglichkeiten, betroffene Frauen zu einem Gespräch und zur Mitarbeit zu motivieren:

(1) Ansprechen der Altruismus-Motivation:

Die befragte Frau will anderen Frauen helfen, die in der gleichen Lage wie sie sind oder vielleicht einmal sein werden, dem Interviewer, der Organisation der Medizin oder der Wissenschaft, wobei sie die Möglichkeit hat, an einer Veränderung mitzuwirken.

(2) Emotionale Befriedigung:

Das Interview bietet die Möglichkeit, die Meinung zu sagen und mit einem interessierten Zuhörer zu sprechen. Besonders für einsame und sozial isolierte Frauen kann das eine große Erleichterung sein. Ein neues Gesicht unterbricht die tägliche Langeweile. Ein weiterer emotionaler Gesichtspunkt ist die Befriedigung der befragten Person, daß jemand sich um sie kümmert und gerade sie für die Befragung ausgewählt wird.

(3) Besonderes Interesse für das Thema des Gesprächs:

Das trifft besonders für die Frauen zu, die überall Informationen suchen, die ihnen in ihrer besonderen Situation weiterhelfen könnten.

(4) Hoffnung bzw. Erwartung irgendeiner Form der Belohnung:

Dazu gehört die Hoffnung auf eine therapeutische Hilfe oder die Hoffnung auf Unterstützung durch den, der das Gespräch vermittelte.

In unserem Schreiben (siehe Anhang) wurde hauptsächlich die Altruismus-Motivation angesprochen. In den Interviews wurde aber auch die Bedeutung der anderen Motive deutlich. Als Zielsetzung der Untersuchung wurde gegenüber den Interviewten die Erforschung der Situation brustamputierter Frauen unter dem besonderen Aspekt der möglichen Verbesserung der Nachsorgesituation angegeben.

Über die Gründe, warum angesprochene Frauen nicht zu einem Gespräch bereit waren, kann ich keine genauen Angaben machen, da ich bei dieser Erstkontaktaufnahme nicht beteiligt war.

### 3.4 Bedingungen des Interviews

Die Bedingungen und Umstände der Interviews lassen sich wie folgt zusammenfassen:

(1) Die Gespräche fanden in den Wohnungen der Frauen statt. Es gab eine Ausnahme, als die betreffende Frau kein Treffen in ihrer Wohnung wünschte, und wir meine Wohnung als Gesprächsort vereinbarten.

Die Dauer der Gespräche variierten zwischen eineinhalb und zweieinhalb Stunden.

(2) Die Gespräche wurden mit dem Einverständnis der Frauen auf einer Tonbandkassette aufgenommen. Eine Frau zeichnete auch ihrerseits das Gespräch mit einem Kassettenrecorder auf. Anfänglich waren mehrere Frauen wegen des Tonbandes unsicher, "vergaßen" es aber mehr oder weniger während des Gesprächs. Ihnen wurde die Anonymität zugesichert, was ihre Bedenken minderte.

(3) Der Interviewleitfaden umfaßte folgende acht Themenbereiche:

- a) Soziale Situation
- b) Gesprächsverhalten
- c) Kontakte
- d) Familie
- e) Sexualität und Partnerschaft
- f) Nachsorge, ärztlich und sozial
- g) Arbeit
- h) Zukunft

Ich glaube darauf verzichten zu können, den Interviewleitfaden insgesamt hier vorzulegen, da ich die relevanten Fragen bei der Darstellung der einzelnen Untersuchungsergebnisse im folgenden wiederholen werde.

Das Interview selbst wurde nicht nach einem rigiden Fragenschema vorgenommen. Eine Begrenzung der Gesprächsinhalte auf die im Leitfaden definierten Themen legte ich nicht fest, halte das auch aus methodischen Gründen nicht für wünschenswert.

(4) Interviewer war in allen Gesprächen ich selbst.

(5) Ich war darauf bedacht, die Gesprächspartnerinnen nicht in emotionale Schwierigkeiten zu bringen, besonders dann, wenn ich beim Erfragen von Gefühlen und Meinungen auf starke Abwehrmechanismen traf, die der betreffenden Frau zur Angstreduktion dienten. Die Informationen und die Daten, die ich von den Frauen erhielt, müssen deshalb auch als unvollkommen betrachtet werden.

(6) Das Gespräch begann ich mit einer Begrüßung der jeweiligen Frau, meiner Vorstellung und der Erkundigung nach eventuellen Fragen an mich; anschließend schaltete ich mit dem erhaltenen Einverständnis den Kassettenrecorder ein. Das Interview begann mit der Bitte zu schildern, wann und wie die Frau die erste Veränderung an ihrer Brust bemerkte, was sie dabei empfunden, gedacht und was sie dann unternommen habe

(7) Insgesamt gesehen war die Bereitschaft der Frauen zu einem offenen Gespräch sehr groß. Für einige bedeutete die Erfahrung, sich jemanden anvertrauen zu können, der ruhig zuhören kann, eine große Entlastung. Ich nahm in den Gesprächen hauptsächlich eine verständnisvolle, die Emotionen widerspiegelnde Haltung ein. Die Berichte der Frauen waren zum Teil sehr persönlich, zeigten ausgeprägte Belastungen und in einigen Fällen starke soziale Isolation. Ich erlebte manchmal das Gespräch als sehr schwierig und fühlte mich danach auch sehr belastet.

#### 4. AUSWERTUNGSMETHODIK

Direkt nach den Gesprächen füllte ich einen von mir erarbeiteten Fragebogen (siehe Anhang) zu den Themen des Interviewleitfadens aus und schrieb eine Kurzzusammenfassung des jeweiligen Gesprächs.

Beim nochmaligen Abhören der Gespräche zu einem späteren Zeitpunkt überprüfte ich die von mir angekreuzten Antworten, ließ sie so, korrigierte sie oder entschied mich bei Unklarheiten, die Frage nicht zu beantworten, war also mein eigener Prüfer. Auf ein an sich gewünschtes Interrating mit anderen Personen mußte wegen der dadurch entstehenden zeitlichen Mehrbelastung und aus ökonomischen Gründen in dieser Untersuchung verzichtet werden.

Unter großem Zeitaufwand transskribierte ich den größten Teil der Gespräche zur besseren Dokumentation und um ausführliche Fallschilderungen geben zu können. Anschließend überarbeitete ich die Gesprächszusammenfassungen.

Die Auswertung und Analyse der Daten ist zum einen auf das Auszählen und Auflisten von Häufigkeiten gerichtet zur Beantwortung der Hypothesen.

Zum anderen dienen sie zur Sichtbarmachung der unterschiedlichen Verarbeitungsmöglichkeiten der Erkrankung in Form von Fallschilderungen. Sie sollen dazu dienen, die Sensibilität der Bezugspersonen von an Brustkrebs erkrankten Frauen zu erhöhen, um damit eine individuelle Begleitung und Beratung zu ermöglichen.

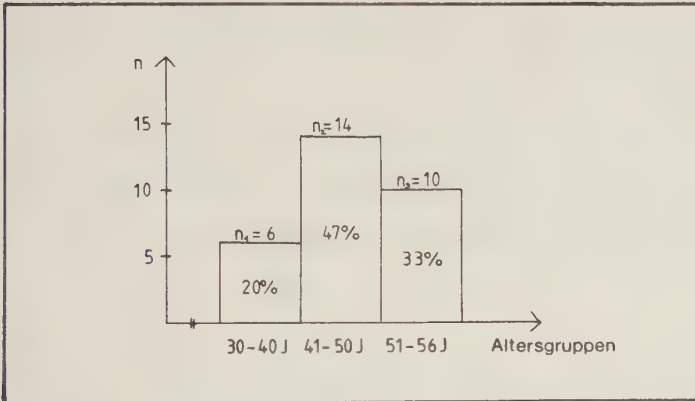
Da ich meinem Gesprächsansatz entsprechend nicht alle Fragen allen Frauen stellen konnte, ergibt sich für manche beantworteten Fragen eine kleinere Summe der Antworten als die Summe der Interviews.

## 5. SOZIALSTRUKTUR DER UNTERSUCHUNGSGRUPPE

### 5.1 Alter

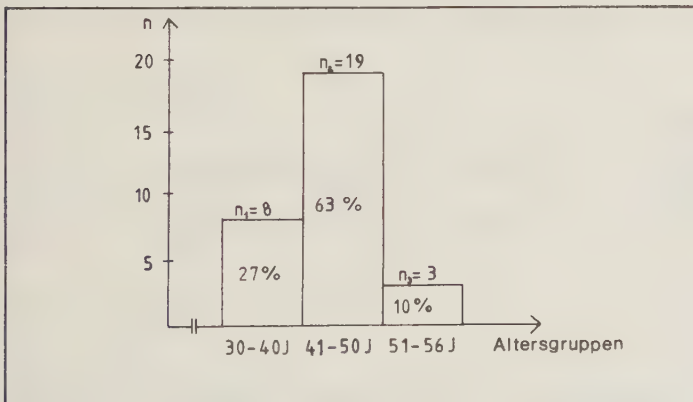
Von den interviewten, an Brustkrebs erkrankten Frauen waren zum Zeitpunkt des Gespräches (bezogen auf den 1.4.1981) 20% 30-40 Jahre, 47% 41-50 Jahre und 33% 51 bis 56 Jahre alt.

Bild 1: Alter der befragten Frauen (Stichtag 1.4.1981)



bezogen auf n = 30

Bild 2: Alter zum Zeitpunkt der Brustamputation



bezogen auf n = 30

Zum Zeitpunkt der Brustamputation ist die Altersverteilung entsprechend den Selektionskriterien nach links verschoben (siehe Bild 2). Bei Frauen, die beidseits brustamputiert wurden, ist hier das Alter bei der ersten Amputation verwendet worden. Damals gehörten 27% der befragten Frauen zu den 30-40 jährigen, 63% zu den 41-50 jährigen und nur 10% zu den 51-56 jährigen Frauen.

## 5.2 Familienstand

Der Familienstand der befragten, an Brustkrebs erkrankte Frauen ist in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Familienstand

| Familienstand | Häufigkeit |              |
|---------------|------------|--------------|
|               | absolut    | % von n = 30 |
| ledig         | 3          | 10           |
| verheiratet   | 16         | 53           |
| getrennt      | 2          | 7            |
| geschieden    | 5          | 17           |
| verwitwet     | 4          | 13           |

## 5.3 Kinder

Die Häufigkeitsverteilung von Kindern bei den befragten Frauen zeigt Tabelle 2.

Tabelle 2: Kinder

| Zahl der Kinder | Häufigkeit |              |
|-----------------|------------|--------------|
|                 | absolut    | % von N = 30 |
| 0               | 7          | 23           |
| 1-2             | 19         | 63           |
| 3 und mehr      | 4          | 13           |

Bei der Geburt ihres ersten Kindes waren 5 der 23 Frauen, die Kinder geboren haben, älter als 30 Jahre.

Besonders beansprucht durch die Kinder sind die drei Frauen, deren Kinder jünger als 6 Jahre sind, bei Erkrankungsbeginn waren sie noch Säuglinge. Eine Frau gebar nach ihrer ersten Brustamputation noch ein Kind (Frau K. Beispiel 4). Eine Frau lebt mit sechs Kindern zusammen (Frau W. Beispiel 8)

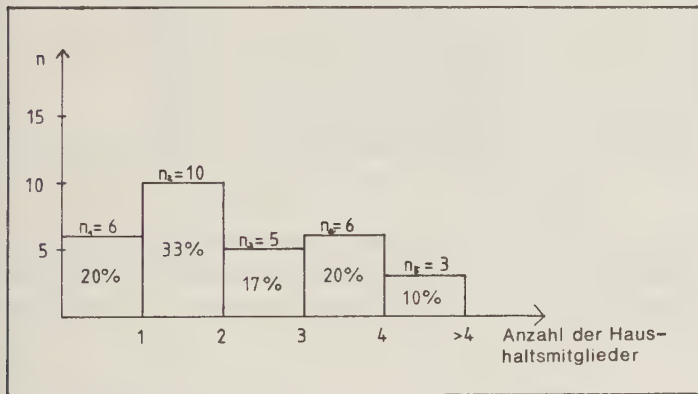
## 5.4 Haushalt

### 5.4.1 Haushaltsgröße

Die Größe des jeweiligen Haushaltes läßt grob die für die Frau anfallende Arbeitsbelastung abschätzen.

20% der befragten Frauen führen einen Einpersonenhaushalt, 33% führen einen Haushalt mit 2 Personen, 17% einen mit 3 Personen, 20% einen mit 4 Personen und 10% einen mit mehr als 4 Personen (siehe Bild 3)

Bild 3: Haushaltsgröße



bezogen auf n = 30

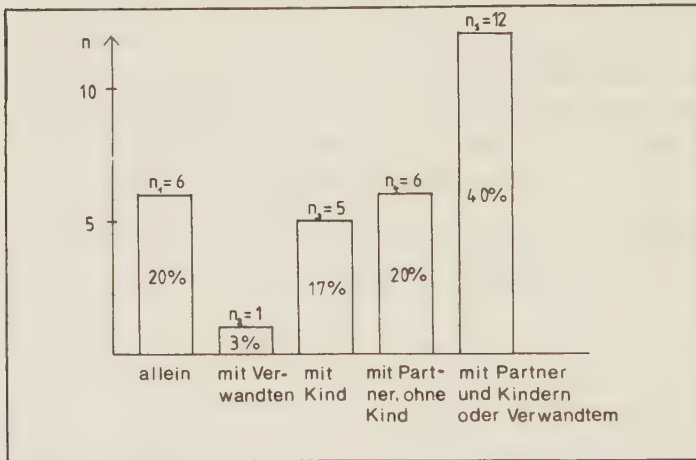
Besondere Arbeitsbelastungen für die Frau sind in einem Mehrpersonenhaushalt mit kleinen Kindern zu erwarten und mit einem Partner, der sich nicht an den Hausarbeiten beteiligt (vgl. Punkt 10).

### 5.4.2 Art der Haushaltsmitglieder

Die Beschreibung der Haushaltssituation gibt Aufschluß über das nähere Lebensumfeld der jeweiligen Frau und zeigt die nahen potentiellen Hilfsquellen.

80% der befragten Frauen leben mit anderen Menschen in einem Haushalt zusammen, 20% leben allein. Mit einem Partner leben 60% der Frauen zusammen, zum Großteil sind sie verheiratet. 40% der interviewten Frauen leben nicht mit einem Partner im Haushalt. Eine Übersicht über die Art der Haushaltsmitglieder gibt Bild 4.

Bild 4: Art der Haushaltsmitglieder



bezogen auf  $n = 30$

### 5.5 Wohnsituation

Von 30 befragten Frauen zahlten 90% Miete für ihre Wohnung. Zwei davon lebten in einer besonderen Form: eine Frau zusammen mit ihren älteren Mann in einem Seniorenhaus, eine Frau in einem Blindenwohnheim. 10% der Frauen waren Eigentümerinnen ihrer Wohnungen.

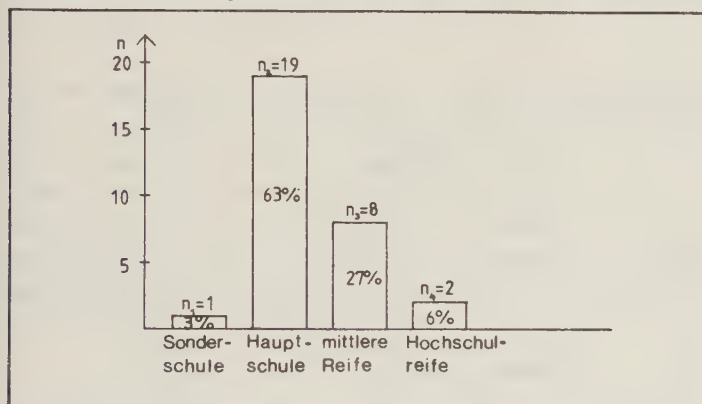
### 5.6 Konstanz des Lebensumfeldes

Von 26 Frauen liegen dazu genaue Angaben vor. 65% dieser Frauen leben schon mehr als 10 Jahre in ihrer Wohnung, nur 10% wohnen weniger als 5 Jahre am selben Ort. Die Wohnorte sind über ganz Berlin (West) verteilt.

## 5.7 Schulausbildung

63% haben Grund- und Hauptschulbildung. Eine Frau war auf einer Sonderschule, 27% haben die Mittlere Reife und 2 Frauen die Hochschulreife erworben.

Bild 5: Schulbildung



bezogen auf  $n = 30$

In der Biographie der Frauen sind auch unter dem Gesichtspunkt der Schulausbildung die Folgen des Zweiten Weltkrieges zu erkennen, der bei einigen Frauen zur vorzeitigen Unterbrechung der Schulausbildung führte.

## 5.8 Berufsausbildung

In der Untersuchungsgruppe haben 43% der Frauen keine Berufsausbildung. 47% erlernten einen Lehrberuf, eine Frau davon besucht inzwischen nach Erwerb weiterer Qualifikationen eine Universität. 3 Frauen wurden an einer Hochschule ausgebildet.

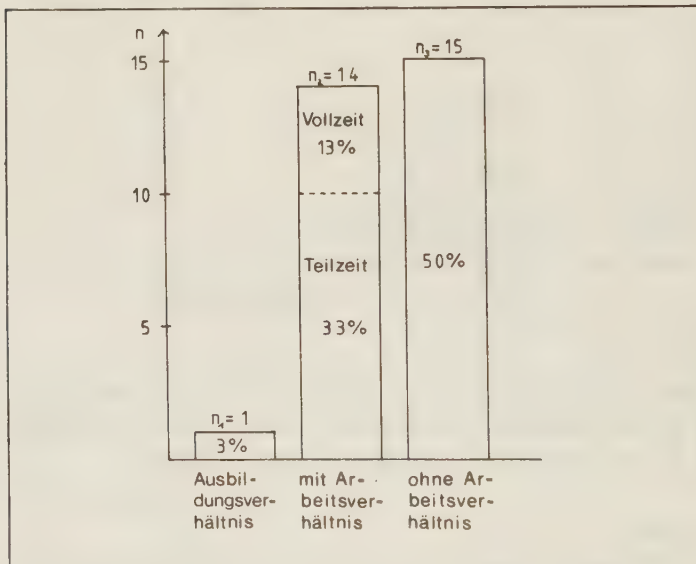
## 5.9 Arbeitsverhältnis

Neben ihren häuslichen Arbeiten hatten 50% der befragten Frauen kein weiteres Arbeitsverhältnis. 46% gingen zum Gesprächszeitpunkt zur Arbeit, eine Frau war in einem Ausbildungsverhältnis.

Von den 46% der Frauen, die arbeiten gingen, hatten nur 13% eine Vollzeitbeschäftigung, 33% hatten eine Teilzeitarbeit, in der Regel halbtags. Auf die Veränderung der Beschäftigungssituation komme ich weiter unten zurück (siehe Punkt 14).

Beim Vergleich der Arbeitsverhältnisse mit der Art der Haushaltsmitglieder fiel auf, daß alleinstehende Frauen eher in der Gruppe der arbeitenden, und Frauen mit Kindern eher in der Gruppe der nichtarbeitenden Frauen anzutreffen waren.

Bild 6: Arbeitsverhältnis



bezogen auf n = 30

#### 5.10 Einkommenssituation

Über die Höhe der finanziellen Einkünfte kann ich keine Angaben machen, da die befragten Frauen nur sehr vage darüber sprachen. Nur 13% der Frauen waren voll erwerbstätig. Die überwiegende Mehrzahl der Frauen (87%) erhielt Einkünfte aus folgenden Quellen:

- Lohn für Teilzeitarbeit,
- Rentenzahlung auf Grund früher eingezahlter Beiträge,

- Rentenzahlung als Witwenrente,
- Sozialhilfe,
- finanzielle Zuwendungen durch Partner, Ex-Ehemann, Verwandte.

Ein großer Teil ist auf die finanzielle Unterstützung durch den Lebenspartner angewiesen. Keine Frau berichtete eine Entlohnung ihrer Hausarbeit.

Die Mehrheit der befragten Frauen war meinem Eindruck nach nicht in finanzieller Not, aber eine Reihe von Frauen konnte sich nur einen sehr bescheidenen materiellen Status leisten.

Die Beschreibung der Sozialstruktur der Untersuchungsgruppe zeigt das breite soziale Spektrum der befragten Frauen, was mir für die Ergebnisse der Untersuchung als wichtig erscheint.

Andeutungsweise könnte man sich schon aus wenigen soziale Daten einer an Brustkrebs erkrankten Frau ein Bild machen, bei dem man an schwierige Situationen bei der Krankheitsbewältigung denken müßte. Ich denke dabei an das Ausmaß sozialer Isolation und die physische und psychische Belastung durch eine entsprechende Familiensituation.

## 6. BEISPIELE

Im folgenden möchte ich eine Reihe von Gesprächszusammenfassungen wiedergeben, die ich als Beispiele für die Lebenssituationen verstehe, in denen sich an Brustkrebs erkrankte Frauen zum Gesprächszeitpunkt mit mir befanden.

Die Krankheitsbewältigung ist ein sehr individueller Prozeß, der sich am Beispiel nicht allgemeingültig in seiner optimalen Form beschreiben läßt. Die Bewältigung einer Erkrankung verstehe ich als Teil der existenziellen Aufgabe jedes Menschen, sein Leben zu leben. Als Ideal ist die ihm mögliche Entwicklung ohne Verhinderung durch soziale Bedingungen zu wünschen. Dabei sehe ich jeden Menschen prinzipiell als fähig an, seine Lebenssituation reflektierend zu verstehen und aktiv zu gestalten. Hier will ich die subjektive Sichtweise der vom Brustkrebs betroffenen Frauen wiedergeben, ihr Erleben ist subjektive Realität. Ich verzichte bewußt auf eine tiefenpsychologische Interpretation, da ich mich dazu für nicht ausreichend qualifiziert halte, und sie mir nach einer nur einmaligen Begegnung mit der jeweiligen Frau als voreilig erschiene.

Bei der Beschreibung der Gespräche enthalte ich mich persönlicher Details und verwende andere Anfangsbuchstaben für die Namen, um die zugesagte Anonymität zu wahren.

Bei der allgemeiner gehaltenen Darstellung und Diskussion der Untersuchungsergebnisse in den späteren Kapiteln werde ich auf diese hier angegebenen Beispiele verweisen.

Die Gesprächszusammenfassungen sind folgendermaßen gegliedert und können dadurch auch abschnittsweise miteinander verglichen werden:

- (1) Alter, Wohnform, Arbeit.
- (2) Zeitpunkt der Brustamputation, Art der Weiterbehandlung.
- (3) Ort der Nachsorgeuntersuchungen.
- (4) Einstellung zur Krankheit und zu sich selbst.
- (5) Erfahrungen mit der Nachsorge und sozialen Hilfen.
- (6) Erfahrungen mit der Familie und der Partnerschaft.
- (7) Erfahrungen mit anderen Kontakten.
- (8) Erfahrungen mit Gesprächsgruppen für an Brustkrebs erkrankte Frauen.
- (9) Mein Gesprächseindruck.

## 6.1 Frau G. (Beispiel 1)

(1) Frau G. ist Ende vierzig. Sie ist seit mehr als 10 Jahren geschieden und lebt zusammen mit ihrem volljährigen, geistig behinderten Kind. Nach dem Beginn ihrer Erkrankung nahm sie ihre frühere Bürotätigkeit nicht wieder auf. Jetzt erhält sie Zeitrente.

(2) Ende 1978 entdeckte ihr Arzt bei einer Vorsorgeuntersuchung einen Knoten in einer Brust. Da weitere Untersuchungen die Bösartigkeit des Knotens zeigten, wurde ihr die Brust in einer Universitätsklinik abgenommen. Danach wurde sie stationär bestrahlt.

(3) Zu Nachsorgeuntersuchungen geht sie halbjährlich in die Strahlenabteilung einer Universitätsklinik und jährlich zu einem niedergelassenen Frauenarzt.

(4) "Im Krankenhaus hatte man seine Leidensgenossen, wo einer den anderen so ein bißchen hochgehievt hat. Als ich dann nach Hause kam, kam mir erst die ganze Tragweite zu Bewußtsein, eben als Frau, gerade die Brust. Es ist für eine Frau ganz schrecklich. Das bedeutet, man kommt sich so minderwertig vor, nicht mehr ganz als Frau, schon von der ästhetischen Seite her. Ich konnte mich selbst nicht anschauen.... Das Schlimmste ist, daß man sich selbst so nicht leiden kann."

Anfangs dachte sie, krankheitsbedingt nicht mehr lange zu leben, später und auch heute noch manchmal, sich das Leben zu nehmen. Ihre religiöse Bindung und ihre Tochter, für die sie glaubt, leben zu müssen, halten sie davon ab:

"Und da wäre mir das furchtbar gewesen, ich wüßte gar nicht was sie da macht. Das war für mich mit das größte Problem dabei."

Seit ihrer Erkrankung leidet sie unter andauernder "Kraftlosigkeit", fühlt sich "lebendig begraben" und hofft auf einen "Aufschwung, eine Wende."

"Es gibt Tage, da macht man sich überhaupt nichts daraus, aber dann kommen die, die gibt es, Depressionen hat man, die kommen aus heiterem Himmel,..damit muß man fertig werden."

"Ideen hab ich ja genug, ich kann sie bloß nicht so gut verwirklichen."

Sie wünscht sich 80 Prozent ihrer früheren 200 prozentigen Kraft. Über ihre Erkrankung und ihre seelischen Probleme kann sie wenig sprechen:

"Meistens hab ich nicht mit anderen Menschen gesprochen, weil ich immer so alles selbst, mit allem selbst fertig geworden bin.. Immer war ich diejenige, die aufbauen muß.. Vielleicht will ich mir gar nicht helfen lassen."

Nach außen zeigt sie sich stark:

"Die Frauen im Haus fanden das unheimlich gut, wie ich das mei-

stere. Ich finde das nicht so gut, weil ich wahrscheinlich eine Show mache."

Ganz gelingt es ihr nicht mehr, sich in der früheren Weise darzustellen:

"Früher sah ich immer so lächelnd aus, das war das schönste Geschenk, was Gott mir gegeben hat. Und jetzt kann ich das nicht mehr so gut, ich bin ziemlich ernst."

Sie fürchtet sich vor einem Rezidiv:

"Die Ungewissheit, die Vorstellung, das machste nochmal durch, das kann einem ganz schön die Kraft rauben."

(5) Über ihre seelischen Probleme kann sie nicht bei der Nachsorge mit ihrem Arzt sprechen:

"Da kommt man nicht dazu, das in einem Gespräch zu sagen und wenn man es noch so kurz faßt. Wenn ich mir vorstelle, er sitzt auf Kohlen, heißen, dann sage ich lieber gar nichts."

Sie vermißt Verständnis, ist aber trotzdem mit der ärztlichen Nachbetreuung zufrieden:

"Mir kann ja doch keiner helfen...Man muß mit den Problemen selber fertig werden, da muß ich mir schon selber helfen."

Kuren fand sie für sich nützlich, weil "man rauskommt, was für seinen Körper tut und abschalten kann." Zu Vorträgen ging sie dort nicht, um sich "nicht zu belasten". Im Krankenhaus wurde sie von einem Sozialarbeiter über soziale Hilfen informiert. Von der Nachgehenden Krankenfürsorge habe sie noch nie etwas gehört:

"Was soll ich jetzt noch machen" Ich habe den Ausweis, ich bin froh, wenn ich nicht zu Behörden muß."

Nach einjähriger Krankschreibung beantragte sie Rente, von ihrer alten Firma wurde ihr nicht gekündigt. Einer Arbeitsbelastung fühlt sie sich nicht gewachsen:

"Ich würde durchdrehen, weil ich weiß, ich schaffe es nicht mehr... Nicht arbeiten und auf Rente sein, ist für mich eine Abwertung, trotzdem ich das will und muß, ich brauche das wirklich."

(6) Letztes Jahr ging die langjährige Beziehung zu einem bedeutend jüngeren Mann in die Brüche, was ihr viel ausmachte. Sie betont ihre eigene Schuld:

"Ich habe es soweit getrieben, ist meine Schuld gewesen.. Ich finde mich selbst nicht attraktiv, bin realistisch und sage, das kann ein Mann auch nicht finden..."

Ich habe mich sexuell vollkommen verändert, habe mich zurückgezogen, ... ich bin so fürchterlich geworden."

Ihr Freund habe ihr früher in Gesprächen viel geholfen. Ihrem Kind zeigte sie die Narbe. Sie schlafen gemeinsam im früheren Ehebett. Von ihrem früheren Ehemann erhält sie nicht nur materielle Hilfe:

"Er hat sich toll bewährt in der Zeit, als ich im Krankenhaus war und hinterher."

"Um über die Scheidung hinweg zu kommen, habe ich zehn Jahre gebraucht."

Bei ihren Geschwistern vermißt sie Kontakt und Verständnis. Die Hilfe ihrer vor 20 Jahren verstorbenen Mutter geht ihr ab:

"Sie hätte mir jetzt sehr viel geholfen."

- (7) Mir fehlen die Menschen. Das liegt an mir, habe mich eingeeigelt, ist meine Schuld."

Um Einladungen aus dem Weg zu gehen, fand sie immer eine Ausrede. Sie wollte sich nicht "klein" zeigen. Zeitweise ging sie nur zum Einkaufen aus dem, Haus schämte sich auch wegen ihrer Figur, sie habe sich einen "Kummerspeck" angegessen. Sie hat nicht den Eindruck, von ihren Bekannten anders behandelt zu werden. In der Kur erlebte sie die ablehnende Reaktion der Bevölkerung, die den Berg, auf dem die Kurklinik liegt, als "Todesberg" bezeichnet:

"Da dürfen Sie nicht sagen, sie kommen von oben."

- (8) Zu Selbsthilfegruppen meint sie:

"Ich halte nicht viel davon, ich kann gar nicht so richtig den Grund sagen."

Nach ihren Kursesprachserfahrungen befürchtet sie zusätzliche Belastungen, glaubt nicht, sich selbst entlasten zu können:

"Immer war ich derjenige, der aufbauen mußte, das ist mir prima gelungen...Aber wer hilft mir bitte schön?

Ich bin nicht der Typ, der sich entlasten kann, ich würde mich höchstens belasten...Wenn ich jetzt mit Scheuklappen rumlaufe, dann brauche ich das vielleicht, um Kraft zu schöpfen."

- (9) Frau G. spricht locker, frei und stellt sich selbst auch in Frage. Was sie erzählt, ist ihr klar, wirkt vorformuliert. Sie lächelt oft und überspielt routiniert ihre verbal ausgedrückte Depressivität. Ihre Selbstwertverletzung durch ihren Brustverlust hat sie bisher nicht bewältigt. Sie benötigt längere therapeutische Gespräche, um ihre Selbstwertproblematik bearbeiten zu können. Ich habe den Eindruck, sie verharret aktiv in ihrer jetzigen Situation. Als einen Krankheitsgewinn nehme ich die intensivierete Beziehung zu ihrem geschiedenen Ehemann wahr.

## 6.2 Frau N. (Beispiel 2)

- (1) Frau N. ist Anfang 50 und lebt zusammen mit ihrem Mann und einer gerade volljährigen Tochter. Seit 30 Jahren arbeitet sie als Hausfrau.

(2) Anfang 1978 bemerkte sie eine Veränderung an ihrer rechten Brust, die sich als "Krebs, das kann ich heute schon sagen", erwies. "Ich dachte, ich muß morgen sterben". In einem städtischen Krankenhaus wurde ihr die Brust abgenommen, und danach wurde sie ambulant nachbestrahlt.

(3) Zu Nachsorgeuntersuchungen geht sie halbjährlich in die Klinik, in der sie operiert wurde.

(4) Manchmal hat sie das Gefühl, mit dem Leben schon abgeschlossen zu haben. Ihre Minderwertigkeitsgefühle wegen ihrer kleinen Brüste haben sich nun verstärkt zu dem Gefühl, "keine vollwertige Frau,... kein vollwertiger Mensch zu sein". "Da muß man ganz alleine mit fertig werden", und sie versucht sich, im "eisernen Griff" zu halten.

(5) Vor den Vorsorgeterminen

"da bin ich tagelang vorher schon krank, weil ich immer denke, da wird irgendwas gefunden"... "Auf das Krankenhaus lasse ich nichts kommen,..aber es geht nur um das Organische,..es fehlt der Seelenarzt, der sich mit einem unterhält, das ist genauso wichtig."

Eine Kur hat sie noch nie beantragt, kann sich nicht von ihrer Familie trennen. Um den Schwerbehindertenausweis zu erhalten," da hatte ich gar nichts mit zu tun", das wurde für sie geregelt.

(6) Von ihrem Mann fühlt sie sich unverstanden:

"Ob da ein Spinnwebgewebe an der Wand ist, das interessiert ihn, aber wie es mir geht, das fragt er nicht."

Zur Sexualität sagt sie:

"Ich sehe das als meine Pflicht, daß ich das machen muß,.. ich spiele quasi Theater."

Mit ihrer jüngeren Tochter kann sie offen reden," die hängt auch sehr an ihrer Mutter, also an meiner Person." Aber später sagt sie:

"Was interessiert schon groß, was Mutter empfindet, man ist quasi allein."

(7) Von denen, die von ihrer Erkrankung wissen, möchte sie "als vollwertiger Mensch ohne Mitleid behandelt werden". Bei Bemerkungen wie: "Sie sehen ja gut aus!", fühlt sie sich unwohl, weil sie denkt," die meinen in Wirklichkeit; 'ach, man sieht Ihnen ja gar nicht an, daß Sie Krebs haben oder hatten.'" Sie vermißt bei anderen Menschen Mitgefühl. Wegen ihrer fehlenden Brust wagt sie nicht, schwimmen zu gehen.

(8) Selbsthilfegruppen stellt sie sich "schön" vor, hat aber nie zu einer Kontakt aufgenommen, ihre Familie habe abgeraten:

"Mutti, was willst du da, da wirst du nur daran erinnert, daß du das hattest."

(9) Frau N. steht unter starker innerer Spannung, sie weint mehrmals im Gespräch. Die Sprachlosigkeit und das Versteckspielen in der Familie finde ich bedrückend. Aber ich habe auch den Eindruck, das Frau P. viel auf die Familie schiebt, um sich nicht mit dem eigenen Verletztsein auseinanderzusetzen. Frau P. fand das Gespräch anstrengend, aber es habe ihr gutgetan.

### 6.3 Frau A. (Beispiel 3)

(1) Frau A. ist Mitte 50, wohnt mit ihrem Freund zusammen und bezieht Witwenrente. Vor ihrer Erkrankung arbeitete sie noch stundenweise als Raumpflegerin.

(2) 1978 entdeckte sie eine Verdickung an ihrer linken Brust. Nach vielen Untersuchungen, die ihr auch die Gewissheit geben, daß alles versucht wurde, ihr die Brust zu erhalten, wurde sie wegen eines Karzinoms brustamputiert. Vor der Operation hatte sie große Angst, weil: "die machen irgendwas verkehrt und dann mußt du sterben." Danach wurde sie stationär bestrahlt.

(3) Zu Nachsorgeuntersuchungen geht sie alle drei Monate in die Klinik und einmal im Jahr zu ihrem niedergelassenen Frauenarzt.

(4) Anfangs war sie wütend wegen der Operation. Dann sagte sie sich:

"Man kann da nischt jammern und machen, hilft ja nischt, hilft ja nischt. Das ist nun vorbei."

Ober ihre Erkrankung spricht sie nicht:

Ein anderer ist vielleicht erleichtert, wenn er das erzählt hat, aber ich nicht, braucht keiner zu wissen. Ich muß sowieso alles alleine mit mir abmachen, die anderen können mir da sowieso nicht helfen."

Sie hat große Angst davor:

"daß es weitergeht,..die Angst, die bleibt immer, ewig, solange man lebt."

Trotzdem sagt sie sich, wenn ihr gerade nichts weh tut:

"Quatsch, du hast gar keinen Krebs gehabt,... vielleicht hilft das auch."

(5) Vor den Nachsorgeterminen kann sie nachts nicht schlafen. Dabei zweifelt sie: "ob der nun alles findet?" Ihre Sorgen kann sie dabei nicht ansprechen:

"das sind so viele, er kann sich ja gar nicht mit so vielen so lange abgeben,.. daß man sagt: 'ach Herr Doktor', da hat er gar keine Zeit".

Wenn Ärzte und Schwestern da wären, "die och das haben", wäre ihrer Meinung nach mehr Verständnis für die Kranken da.

Die Nachgehende Krankenfürsorge kennt sie nicht, fühlt sich vom Kliniksozialarbeiter ausreichend beraten. Sie war zweimal zur Kur und hat jetzt Rente eingereicht.

(6) Ohne ihren "Freund" zu sein,

"alleine, wäre das hundert Prozent schlimmer, da würde man viel mehr daran denken an alles, so wird man abgelenkt."

Auch mit ihm spricht sie nicht über ihre Erkrankung, "der kann ja och nicht helfen". Sie glaubt, "einen anderen könnte man gar nicht mehr bekommen". Außer ihm kennen nur noch entfernt lebende Verwandte ihre Narbe, ihre "Mammi" ist erst kürzlich gestorben.

(7) Anderen Menschen verheimlicht sie ihre Erkrankung, sie befürchtet auch Ablehnung wegen Angst vor Ansteckung. Auch anderen Krebskranken sagt sie nichts: als eine Bekannte von ihrem Darmkrebs erzählte, da "hab ich ihr nichts gesagt, daß ich auch habe, wie sie, einen Krebs."

(8) Nach ihrer Krankenhausentlassung wollte sie "nichts mehr davon wissen":

Manch einer sagt; 'ich bin froh, wenn ich sie alle habe und wir erzählen und dann',.. das muß ich nicht alles hören, da wird man ja krank von."

Für sich lehnt sie eine Selbsthilfegruppe ab. Dazu geraten habe ihr noch nie jemand.

(9) Frau A. hatte Angst davor, besucht zu werden. Sie spricht lebendig in einer sehr einfachen Sprache. Sie wirkt vorgealtert und redet wie ein Wasserfall. Öfters geht sie auf Fragen nicht genau ein, vielleicht liegt es auch an ihrer Schwerhörigkeit. Ich habe den Eindruck, sie lebte schon vor ihrer Erkrankung zurückgezogen von anderen Menschen. Sie kann nicht zu ihrer Amputation stehen und leidet vielleicht auch deswegen verstärkt unter einer Vielzahl körperlicher Beschwerden.

#### 6.4 Frau K. (Beispiel 4)

(1) Frau K. ist Ende dreißig und lebt zusammen mit ihrem Ehemann und zwei nicht volljährigen Kinder. Sie arbeitet ganztags als Altenpflegerin.

(2) 1972 entdeckte sie einen Knoten in ihrer Brust, der ambulant von ihrem Frauenarzt operativ entfernt wurde. Nach dem histologischen Befund eines Mammakarzinoms wurde ihr in einem städtischen Krankenhaus die Brust abgenommen. Anschließend wurde sie stationär und ambulant bestrahlt mit Ein-schluß der Ovarien zur prophylaktischen Kastration. Eine erneute Schwangerschaft trug sie aus und ließ sich danach sterilisieren.

1978 entdeckte sie einen Knoten in ihrer anderen Brust und drängte auf

chirurgische Abklärung. Nach einer Schnellschnittuntersuchung kam es zur erneuten Amputation. Danach wurde sie bestrahlt, auf ihr Bestreben hin am-  
bulant.

(3) Zu Nachsorgeuntersuchungen geht sie jetzt halbjährlich in die Strahlen-  
abteilung einer Universitätsklinik. Seit ihrer zweiten Amputation geht sie  
zu keiner gynäkologischen Untersuchung mehr, meidet Ärzte.

(4) Die Eltern von Frau K. sind beide an Krebs gestorben, die Mutter an Un-  
terleibskrebs.

"Ich bin eben der Meinung, ich bin wieder gesund, und gehe so we-  
nig wie möglich zum Arzt, wenn es nicht sein muß...Genauso wie  
man einen Blinddarm rausnimmt, wenn man krank ist, wird das abge-  
schnitten, wenn es krank ist, und damit ist es gut...Vielleicht  
bin ich zu nüchtern, um da ein Drama daraus zu machen, aber ich  
sehe das relativ normal, die ganze Sache... Ich bin eigentlich  
ziemlich - abgehärtet möchte ich nicht sagen - eigentlich ziem-  
lich sicher über mich."

Ihr hilft ihrer Meinung nach am besten, "wenn alles so weiter läuft, wie es  
vorher war". An ihrer Arbeitsstelle fühlte sie sich zeitweise "nicht mehr  
so vollwertig". Zuhause fühlte sie sich "unsymmetrisch", vermied es, sich  
nach der ersten Amputation unbekleidet zu zeigen:

"Ich fand die Erscheinung unmöglich...Das war schlagartig vorbei  
nach der zweiten Operation, dieses Gefühl, was drüber haben zu  
müssen um jetzt die anderen nicht abzustoßen."

Beidseits amputiert fühlt sie sich "beidseits egal", das störe die Symme-  
trie nicht mehr ("ich finde es besser so als dieses schiefe Einseitige").  
In den letzten Jahren habe sie sich "wahnsinnig verändert", sei viel  
selbstständiger und selbstbewußter geworden. Sie hat weitreichende Pläne  
für ihre Zukunft. Sie hat:

"Ergeiz, daß man sich immer versucht zu beweisen, was man alles  
schafft trotzdem. Vielleicht ein Beweis für sich selber, daß man  
wieder ganz gesund ist."

Sie will leben "wie ein völlig Gesunder, ohne ständig daran zu den-  
ken." "Das ist das Einzige, wovor ich ein bißchen Angst habe, daß  
sich irgendwo wieder was ankündigt."

Sie ist froh, ihre Behinderung verdecken zu können.

"Ich bin der Meinung, das ist eine Sache, die mich und meine Fa-  
milie was angeht, sonst keinen. Eventuell noch meinem Chef... und  
meinem Arzt, und damit ist Schluß."

(5) Die Nachsorgeuntersuchungen erlebt sie als Beruhigung. Wichtig ist für  
sie, die Wahrheit gesagt zu bekommen. Belastend ist für sie das lange War-  
ten und die Konfrontation mit anderen, älteren Patientinnen im Wartezimmer  
und deren Gespräche. Zu gynäkologischen Untersuchungen zu gehen, sieht sie

"keine Notwendigkeit drin". Zugleich meint sie, diese Vorsorgeuntersuchungen müßten bei vorbelasteten Menschen wie ihr häufiger als einmal im Jahr sein. Ihre Arbeit bedeutet ihr sehr viel. Nach beiden Operationen ging sie sehr schnell wieder arbeiten. Nach ihrer ersten Amputation habe sie kaum Informationen über soziale Hilfen erhalten. Bei ihrer zweiten kam eine Sozialarbeiterin ans Bett, was sie sehr gut findet. Danach beantragte sie erst einen Schwerbehindertenausweis. Auf Kur sei sie nie gefahren, weil sie nicht gewußt habe, wohin mit ihren Kindern. Deren Verschickung sei nicht genehmigt worden. Heute meint sie:

"Habe mich wahrscheinlich nervlich hier besser erholt, als wenn ich mit schlechtem Gewissen zur Kur gefahren wäre."

(6) Ihr Mann sei "ohne irgendwelche Zweifel immer da gewesen". Eine zuverlässige Partnerschaft ist für sie das Wichtigste im Leben. Sie fühlte sich unterstützt. Sie glaubt, für ihre Kinder sehr wichtig zu sein. Sie sieht im "Haushalt keine Lebensaufgabe", aber "es muß laufen und es läuft." Jetzt betont sie, "auf diesen Partner nicht mehr angewiesen zu sein". Manchmal denkt sie an Scheidung, die Beziehung ist ihr dennoch sehr wichtig. Er habe einsehen müssen:

"das eine Ehefrau ein selbständiges Wesen ist und nicht nur so ein angeheiratetes Anhängsel."

Nach ihrer ersten Amputation verminderten sich ihre sexuellen Bedürfnisse, jetzt habe sie keine mehr ("es ist aus und vorbei"): ihr "sagenhaft selbstbewußter" Mann finde bei ihr "kein Echo mehr". Sie habe ihn "zum alten Mann" gemacht. Deswegen habe sie einmal mit einem Psychologen gesprochen, eine längere Behandlung aber abgelehnt, "weil ich es nicht so wichtig fand". Ihr fehle nichts, sie habe sich damit abgefunden.

"Eine gute Partnerschaft kann auch, muß nicht, aber wenn sie wirklich gut ist, dann besteht sie auch weiter,"

Über seelische Schwierigkeiten redet sie nur mit ihrem Mann:

"Das reicht mir...Wenn wir beide nicht mit klar kommen, dann müßten wir irgendwie was wursteln."

(7) Sie hat einen "unwahrscheinlich großen Bekanntenkreis". Anfangs fühlte sie sich bei den wenigen, die von ihrer Erkrankung wußten, im Mittelpunkt des Interesses, was ihr sehr unangenehm war. Jetzt werde "nicht mehr darüber gesprochen". "Bei den paar, die es wissen, ist es in Vergessenheit geraten."

(8) Selbsthilfegruppen lehnt sie für sich ab:

"Ich kann es absolut nicht leiden, wenn jetzt diese Tatsache ständig wieder durchgekauert wird."

Sie hat keinen Kontakt zu einer anderen Brustamputierten Frau. Bei der Berichterstattung in den Medien ärgert sie sich, "daß man da so einen riesigen Zoff drum macht".

(9) Frau K. wirkt selbstsicher und gesprächig. Die Gefühle zu ihrem Erleben bleiben unbesprochen ("Ich kann da nicht in irgendwelche Gefühlsduseleien ausbrechen"). Während des Gesprächs begann sie in für sie belastenden Situationen zu rauchen. Sie versucht ihre Erlebnisse sachlich als Tatsachen zu schildern. Ich war erschlagen von der Vielzahl ihrer biographischen Wunden, die ich hier nicht alle darstellen konnte, ihrem Verdrängen ihrer Gefühle und ihrem starken Bemühen um Normalität, womit sie sich selber unter Druck setzt. Ich habe den Eindruck, sie hat ihre Erkrankung nicht optimal verarbeitet.

#### 6.5 Frau F. (Beispiel 5)

(1) Frau F. ist Ende vierzig. Sie lebt zusammen mit ihrem Mann und einem alkoholkranken Verwandten. Sie ist Hausfrau und übt beruflich eine Verwaltungstätigkeit aus.

(2) 1978 entdeckte sie einen Knoten in ihrer Brust. Sie vermutete gleich Brustkrebs. Ihre Mutter starb vor 20 Jahren an Brustkrebs, drei Jahre nach ihrer Brustamputation. Frau F. zögerte drei Monate zum Arzt zu gehen. In einer Universitätsklinik wurde ihr die Brust nach histologischer Bestätigung ihrer Vermutung abgenommen. Anschließend wurde sie ambulant bestrahlt, was ihr sehr wichtig war (ihre Mutter war nicht bestrahlt worden):

"Damals gab es noch keine Kobaltbombe".. "Bestrahlung ist ja die Hauptsache dabei. Wenn das vorüber ist, können die Ärzte nicht mehr helfen, der Patient muß sich selber, der darf sich nicht gehen lassen."

Sie rechnet auch mit dem ärztlich angekündigten, eventuellen Verlust ihrer linken Brust, da diese bei einer chronischen Mastitis gelegentlich eitert:

"Da werd ich euch zeigen, daß ich die nicht verliere, na, wenn's dann soweit ist, dann ist es soweit."

(3) Zu Nachsorgeuntersuchungen geht sie halbjährlich in die Strahlenabteilung einer Universitätsklinik. Zu gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen geht sie nicht.

(4) Frau F. fühlt sich gesund und freut sich, daß andere Frauen sich an ihr ein Beispiel nehmen ("daß ich das so gut verkraftet habe").

"Man muß sich als Frau das Gefühl geben, daß man noch gebraucht wird, und nicht nur immer die Krankheit."

Jede Erkrankung verlaufe anders, sagt sie sich, um nicht "heute schon durchzudrehen". Sie erlebt schlechte Krankheitsverläufe bei anderen brust-amputierten Frauen im Wohnblock direkt mit.

"Mir soll es nicht so gehen wie meiner Mutter."

Nach ihrer Amputation zeigte sie sich schnell nach außen stark. Im Krankenhaus wollte sie nicht besucht werden, die Umgebung sollte sie erst später so wie früher sehen:

"Dachte ich, wenn ich nach Hause komme, dann gucken sie erst, die wird dünne geworden sein. Ich hab gefressen, hab zehn Pfund zugenommen, damit die Leute nicht denken, die kommt halbtot schon an."

Zuhause war sie die erste Zeit viel allein und grübelte über ihr weiteres Schicksal. Sie meint, Frauen, die sehr unter ihrer Amputation leiden, fehle "bloß Arbeit, mehr nicht":

"Die Arbeit hat mir ja auch viel geholfen...Das Wichtigste ist, 'ne Frau muß sich Beschäftigung suchen, dann kommt man schneller darüber weg, der Alkohol hilft nicht."

Schon früher fühlte sie sich als "Jammertante", bei der andere ihr Sorgen abladen. Manchmal war es ihr lästig ("Warum läßt man es immer an mir aus?"). Jetzt freut sie sich über ihre Helferrolle:

Jetzt hast selber ein Leiden, wirst gebraucht, kannst anderen helfen.. Alkoholiker sind schlimmer dran als Krebskranke."

Sie hatte große Angst, von ihrem Mann wegen ihrer Erkrankung verlassen zu werden. Ihre Narbe findet sie "nicht schön":

"Schön sieht's nicht aus, aber Hauptsache es ist alles weg... Mit meinen Zähnen, die ich jetzt verloren habe" (nach einem Ehestreit), "ist mir das schlimmer, wie die Brust verloren.. Da hat man das Gefühl, jeder sieht das, kommt sich asbach-uralt vor."

Sie will wegziehen und sich ein schönes Leben machen, wenn sie die zweite Brust noch verlieren sollte. Durch ihre Erkrankung sei sie selbstständiger geworden.

"Vorher hab ich nicht soviel geachtet auf mich, war nur für meinen Mann da und so. Jetzt mach ich mehr für mich."

Wenn sie über alles spricht,

"dann ist es ein Gefühl, als ob es vom Körper heraußen ist. So, jetzt ist es weg, jetzt geht es dich nichts mehr an."

(5) Vor den Nachsorgeuntersuchungen fürchtet sie sich ("hoffentlich geht's wieder gut"). Reden könne sie gut privat mit einer Ärztin, die sie seit 20 Jahren als Nachbarin kennt. Einen Wunsch zu Gesprächen äußert sie auch für die Nachsorge:

"Manche wollen Privatgespräche mit einem Arzt, aber die haben ja gar nicht die Zeit dazu. Die können sich nicht mit jedem einzelnen befassen. Da tun sie genug, wenn sie operieren und so...Die Ärzte sollten sich die Männer vorknöpfen."

Ihrer Mutter wurde die Diagnose verheimlicht, sie dagegen möchte alles wissen:

"Das ist auch viel besser, sonst ist man immer im Zweifel."

Sie beklagt die langen Wartezeiten ("die Frauen machen sich untereinander verrückt" im Wartezimmer) und fordert eigene Termine für berufstätige Frauen. Zu einer Kur fuhr sie nie ("Da erzählen die Frauen nur von ihren Krankheiten"). Im Krankenhaus wurde sie schon über soziale Hilfen informiert. Die Beratungsmöglichkeit bei der Nachgehenden Krankenfürsorge nutzte sie nicht ("Bin selber damit fertig geworden"). Nach einem halben Jahr begann sie wieder zu arbeiten ("aber die beste Gymnastik ist für mich die Waschküche").

(6) Über ihre Erkrankung und ihre seelischen Probleme kann sie nicht mit ihrem Mann sprechen, aber mit ihren Schwestern. Erst kürzlich hat sie erfahren, daß die Konfrontation mit der Narbe ihn auch schockiert habe. Sie würde gerne seine Gedanken kennen. Seine Beteuerungen, es mache ihm nichts aus, habe sie ihm nie geglaubt ("er war ja stolz auf seine vollbusige Frau"). Sehr verletzt fühlte sie sich, wenn seine Hand bei der versehentlichen Berührung der Narbengegend zurückzuckte:

"Das ist schlimmer, als wenn er sagen würde, er muß erst darüber hinweg kommen."

Anfangs konnte sie seine Fürsorglichkeit genießen:

"Anfangs versorgte mich mein Mann vier Wochen lang, das war sehr schön. Aber er hörte auf damit, als ich anfang, die Fenster wieder zu putzen. Das war mein Fehler, da war die schöne Zeit vorbei..Darauf freue ich mich, wenn die zweite Brust ab muß."

Damit er ihr nicht weglaufe, spielte sie ihm vor, "noch schärfer" zu sein als früher, obwohl sie ein Jahr lang keinerlei sexuelles Lustempfinden verspürte:

Hab ich schon vielen Frauen gesagt, da müssen sie makieren, eine Frau kann doch viel makieren."

Damit er nicht auf den Gedanken komme, zuhause eine kranke, von ihm abhängige Frau zu haben, "einen Haustrottel", machte sie ihm vor, ein Verhältnis zu einem anderen Mann zu haben ("Ich hab das fast selber geglaubt."). Um im Haushalt Unterstützung zu bekommen, wendet sie die "Taktik" an:

"'Vergiß nicht, ich bin schwerbeschädigt', oder ich sage, 'ich habe Schmerzen', wenn es gar nicht zutrifft, damit er daran

denkt, daß er was hilft".

(7) Aus ihrer Erkrankung macht sie kein Hehl. Sie bekam Unterstützung von anderen Menschen. Frauen, die schon vor vielen Jahren Brustamputiert worden waren, nahmen Kontakt mit ihr auf. Die hatten es früher verheimlicht. Manchmal erzählt sie es fremden Menschen ("Ich will sehen, wie die Menschen darauf reagieren.") Zurückgezogen habe sich niemand von ihr. Manchmal fühlte sie sich provoziert durch tiefe Ausschnitte in der Kleidung anderer Frauen, die sonst immer hochgeschlossen gekleidet gewesen wären. In Gegenüber manchmal vertuscht wird ("Das können Sie mir ruhig erzählen, das betrifft mich doch nicht.") Weh tat ihr, als die Schwiegermutter aus Angst, die Gäste würden aus Furcht vor Ansteckung nichts essen, verheimlichte, wer die Wurstplatten zum 80.Geburtstag angerichtet hatte.

(8) Selbsthilfegruppen hält sie für sich nicht nötig, sondern für Frauen, "die nicht damit fertig werden, die nicht mit der Außenwelt darüber reden können...Ich kann mit jedem Gesunden darüber reden. Ich bräuchte nicht hingehen, könnte im Gegenteil den Frauen nur einen Rat geben."

(9) Frau F. überraschte mich anfangs mit ihrer offenen Selbstdarstellung. Später fällt mir auf, wie sie mit ihrer, manchmal ans Makabre grenzenden Witzigkeit ihre Selbstwertverletzung zu überspielen versucht. Sie schildert sich als jetzt Starke in einer sehr ambivalenten Paarbeziehung. Beim Erzählen, nimmt sie kaum Augenkontakt auf. Ihre Betroffenheit und Trauer versucht sie vielleicht mit einer verstärkten Helferrolle zu kompensieren, was leicht zu einer chronischen Überlastung führen kann.

#### 6.6 Frau L. (Beispiel 6)

(1) Frau L. ist Mitte dreißig und lebt mit ihrem Ehemann zusammen. Sie arbeitet ganztags als kaufmännische Angestellte.

(2) 1979 entdeckte sie einen Knoten in einer Brust, wenige Monate nachdem ihre Mutter an Brustkrebs gestorben war. In einem städtischen Krankenhaus wurde ihr nach einer Schnellschnittuntersuchung die Brust abgenommen:

"das Schlimmste war eigentlich das Wachwerden und das Nicht-Feststellen-Können, ist sie weg oder ist sie nicht weg?"

Anschließend wurde sie ambulant bestrahlt.

(3) Zu Nachsorgeuntersuchungen geht sie jetzt halbjährlich in das Krankenhaus und jährlich zu ihrem niedergelassenen Frauenarzt.

(4) Vor der Operation überlegte sie sich, sich das Leben zu nehmen, weil

sie von ihrer Mutter wußte, "was eventuell auf einen darauf zukommen kann". Danach sagte sie sich: "Mensch, reiß dich zusammen, es gibt Schlimmeres". Jetzt "hoffe ich, daß ich es überstanden habe".

"Helfen kann mir sowieso keiner, irgendwo muß man also damit selber fertig werden."

Nach außen zeigt sie sich stark:

"nach dem Motto, wie es drinnen aussieht, geht keinen was an,... ich habe ein großes Mundwerk und tue so, als wäre mir die Sache völlig egal, ganz so egal ist es doch nicht,... ich möchte auf jeden Fall, wenn es geht, wieder eine Brust aufbauen lassen."

Nach ihrer Erkrankung begann sie, über ihr Leben nachzudenken: "da muß man einfach kritischer werden". Sie hält sich an das Sprichwort: "es kann nichts so schlecht sein, daß nicht doch etwas Gutes daran ist". Sie will bewußter leben: "heute ist heute, egal was morgen kommt".

(5) Bei den Nachsorgeuntersuchungen stört es sie, immer wieder mit einem neuen Arzt zu tun zu haben: "da kann man kein Vertrauen haben." Äußerungen auf von ihr vorgebrachte körperliche Beschwerden, wie z.B. "... das kann ja noch viel schlimmer kommen", ärgern und treffen sie sehr:

"Wenn ich hingehe, bin ich ziemlich nervös und lege jedes Wort auf die Goldwaage."

Sie wünscht sich Ehrlichkeit von den Ärzten und ist enttäuscht, daß ihr anfangs eine Aufbauplastik in einem dreiviertel Jahr versprochen ("das hat mir damals unheimlich geholfen"), aber später verweigert wurde ("der Schock, als sie dann gesagt haben; 'ne, also vor fünf Jahren überhaupt nicht', der war dann doppelt so schlimm"). Zur Kur wollte sie erst nicht, weil sie befürchtete dort Leute zu treffen, die nur über ihre Erkrankung reden würden. Später fuhr sie dann doch, weil sie sich über ihren Chef ärgerte, (..und da ich einen Schwerbeschädigtenausweis habe, hat er es mir wahrscheinlich immer mal wo so untergejubelt"), ihr Vorurteil bestätigte sich aber nicht." Sie findet es gut, eine Sozialarbeiterin von der Nachgehenden Krankenfürsorge zu kennen, an die sie sich bei Bedarf wenden kann.

(6) Von ihrer Erkrankung war ihr Mann sehr mitgenommen, er wußte

"also auch nicht, wie verhalte ich mich richtig. Es gibt immer irgendwo Beratung für Frauen, die betroffen sind, aber es gibt nirgendwo eine Sache, wo sich betroffene Ehemänner hinwenden können".

In der Ehe wurde "diese ganze Sache also irgendwo ignoriert". Mit ihrem Mann kann sie über ihre Erkrankung nicht reden:

"ich habe es auch noch nie probiert, und er hat wahrscheinlich auch kein Verständnis für ... Im nachhinein ist mir bitter hoch-

gekommen, daß ich festgestellt habe, daß man, egal wo man hinkommt, die Ärzte im Krankenhaus überall, es geht die Frage: 'wie hat ihr Mann reagiert? ihr Mann ist noch bei Ihnen?', ach das ist aber schön'. Es wird da einem irgendwo ein Dankbarkeitsgefühl eingeimpft dem Partner gegenüber, daß man dankbar und zufrieden sein muß, daß der einen nicht hat sitzen lassen."

(8) Von Selbsthilfegruppen weiß sie aus den Medien, ging aber nie zu einer hin:

"ich bin davon ausgegangen, daß die irgendwo in einer Ecke sitzen und nur über ihre Krankheiten reden,... dann tut es einem auch weh."

(9) Frau L. wirkt sehr hart zu sich und zu anderen. Gegen Ende des Gesprächs kann sie auch etwas die Schwäche hinter ihrer Fassade zugeben. Im Vordergrund steht bei ihr die Eheproblematik mit einer mich erschütternden Sprachlosigkeit zwischen den Ehepartnern. Die dahinter stehende narzißtische Kränkung durch die Amputation deutet sie mehrmals an.

#### 6.7 Frau O. (Beispiel 7)

(1) Frau O. ist Mitte vierzig und lebt allein. Von Geburt an ist sie blind. Vor ihrer Erkrankung arbeitete sie, jetzt bekommt sie Rente.

(2) 1978 entdeckte sie einen Knoten in ihrer Brust, schob den Arztbesuch aber aus Angst vier Monate hinaus. Danach wurde ihr in einem städtischen Krankenhaus wegen der Bösartigkeit des schon pflaumengroßen Knotens die Brust amputiert. Während der Krankenhauszeit vermißte sie sehr ein Gespräch:

"Das Wichtigste ist wirklich, daß sich der Arzt oder eine Kontaktperson aus dem Krankenhaus, ich weiß nicht, ob es unbedingt der Arzt sein muß, aber doch ein bißchen persönlicher sich mit dem Patienten befaßt. Auch ein bißchen Trost zuspricht, ich glaube, das hilft eine ganze Menge."

Anschließend ging sie ambulant zur Bestrahlung in das gleiche Krankenhaus.

(3) Zu Nachsorgeuntersuchungen geht sie jetzt halbjährlich in die Klinik. Zu einem niedergelassenen Frauenarzt geht sie alle drei Monate, er ist auch ihr Hausarzt.

(4) Anfangs war sie öfters niedergeschlagen, hat aber nie mit jemanden gesprochen:

"Ich habe immer versucht, mit allem allein fertig zu werden,... ich bin immer wieder hochgekommen, weil, ich lasse mich nicht gehen, das mache ich grundsätzlich nicht, ich möchte weiter und aus... es kommt ja immer wieder mal zum Guten."

Heute macht sie sich keine Gedanken mehr und hält ihre Erkrankung von Gott für vorherbestimmt:

"Heute weiß man gar nicht, daß das mal anders war,.. ich bin froh, daß da sonst sich noch nichts weiter getan hat,.. und selbst wenn, dann kann man auch nichts machen, dann muß man es hinnehmen."

(5) Zu den Nachsorgeuntersuchungen geht sie regelmäßig ("es muß sein"). Sie bemängelt die unterschiedliche Gründlichkeit in der körperlichen Untersuchung bei den Ärzten im Krankenhaus, die oft wechseln, was ihr auch erschwert, Vertrauen zu ihnen zu finden. Mit Ämtern kannte sie sich schon zuvor gut aus. Zur Kur wollte sie nicht, weil sie immer "Beklemmungen" hat, wenn sie ohne jemand Bekanntem wegfährt. Die frühere Akkord-Arbeit schafft sie nicht mehr, eine leichtere Arbeit wird nur so gering entlohnt an ihrer früheren Arbeitsstelle, daß sie vorzog, Rente zu beantragen.

(6) Die Brust ist für sie sehr wichtig. Ihre Beziehung zu einem Mann sei nach der Brustamputation ungetrübt geblieben. Er sagte zu ihr, sie "solle keine Hemmungen haben, da würde sich nichts ändern, es soll alles so bleiben, wie es früher war, und das ist es auch." Sie ist mit ihm hundert Prozent zufrieden, obwohl sie sich seit längerem nicht treffen wegen seiner Erkrankung und nur einmal wöchentlich telefonieren. Zu ihren Verwandten hatte sie schon vor ihrer Operation "zu selten" Kontakt. Gelegentlich kommt eine Tante zum Putzen, denn es ist "besser, wenn mal jemand hinguckt".

(7) Ein befreundetes Ehepaar hat zu ihr gehalten. Von ihrer Umgebung fühlt sie sich aufgenommen wie immer, "daß man von mir Abstand genommen hätte, habe ich eigentlich nicht empfunden". In dem Haus, in dem sie wohnt, wissen alle von ihrer Erkrankung.

(8) Von Selbsthilfegruppen hat sie schon gehört, eine Sozialarbeiterin empfahl ihr auch einmal, Kontakt zu einer Gruppe aufzunehmen, was sie nie tat.

Sie meint:

".. finde ich gut, daß es solche Gruppen gibt, da kann einer dem anderen einen Ratschlag geben, die besprechen wahrscheinlich alle ihre Sorgen, die sie haben,.. da könnte ich mich ja auch mal hinwenden."

(9) Frau O. nahm das Gespräch auch auf einem Tonband auf. Sie wollte Ausschnitte davon Freunde hören lassen. Sie sprach sehr vorsichtig, erzählte kaum etwas von sich aus, bemühte sich angestrengt, auf Fragen "richtig" zu antworten. So ergab sich ein Frage-Antwort-Gespräch, in dem sie sehr wenig zu ihren Gefühlen sagen konnte. Sie fand das Gespräch "interessant". Von ihrem Blindsein war ich anfangs sehr verunsichert. Ich habe den Eindruck, daß sie ihre Freundschaft sehr idealisiert und über ihre seelischen Schwierigkeiten hinwegsehen möchte.

rigkeiten von sich aus nicht reden kann. Über ihre Depression vor und nach der Brustamputation legte sie den Schleier der Vergangenheit. Es wäre gut für sie, wenn sie mit jemanden reden könnte, wenn sie sich schlecht fühlt. Um ihr das zu ermöglichen, müßte sie sicher besonders darauf angesprochen werden.

#### 6.8 Frau W. (Beispiel 8)

(1) Frau W. ist Anfang vierzig und lebt mit sechs Kindern (zwischen 6 und 19 Jahre alt) in ihrer 4 1/2 Zi. Wohnung. Sie arbeitet als Hausfrau und lebt von Sozialhilfe. Vor sieben Jahren ließ sie sich das zweite Mal scheiden.

(2) 1979 beobachtete sie mehrere Monate lang das Wachsen eines Knotens in einer Brust. Wegen seiner Bösartigkeit wurde ihr in einem städtischen Krankenhaus die Brust abgenommen. Nach der Operation trat eine Thrombose im rechten Arm auf; sie war nicht zu Bewegungsübungen angeleitet worden. Danach wurde sie in einer Universitätsklinik ambulant bestrahlt und ließ dort auf Anraten eine Eierstock- und Gebärmutterentfernung durchführen.

(3) Zu den Nachsorgeterminen in der Strahlenklinik ist sie nicht gegangen, gibt dafür Zeitgründe an. Mit einer anderen Frau zusammen ließ sie sich in einer anderen Klinik untersuchen, nahm aber auch dort weitere Termine nicht wahr. Vor kurzem war sie bei einem niedergelassenen Gynäkologen zur Untersuchung, es sei alles in Ordnung. Sie untersucht sich nicht selbst. Bei ihrem Hausarzt holt sie sich Tabletten wegen Schlafstörungen und Rückenschmerzen.

(4) "Man darf sich nicht gehen lassen, denn hat ja der Krebs bloß eher Nahrung weiterzuwuchern, als wenn man sich dagegen sträubt und auflehnt, so finde ich, so sagte es damals auch immer meine Schwester",

die vor 4 Jahren an Leukämie verstarb. Ihre Narbe konnte sie erst nach mehr als 3 Monaten nach der Amputation ansehen, manchmal fühlt sie sich "nur als halbe Frau."

"Die Kinder brauchen dich, du mußt für sie da sein, der Gedanke hat mich hochgebracht."

Manchmal denkt sie ans Sterben als

"wunderbare Erlösung, ...tot sein, wäre manchmal besser."

(5) "Wenn ich Sorgen oder etwas habe, da kann mir doch kein Arzt helfen, da muß ich doch alleine mit klar kommen".

Die langen Wartezeiten bei den Nachsorgeuntersuchungen schreckten sie mit

ab hinzugehen. Die Kur fand sie gut, um abschalten zu können, die räumliche Abgeschiedenheit des Heims gefiel ihr aber nicht. Sie bekommt Unterstützung durch eine Familienhelferin, mit der sie aber nicht zufrieden ist.

(6) Hilfe fände sie nicht in ihrer Familie, aber:

"ich muß hier sein für meine Kinder, das ist wichtiger als alles andere."

Sie möchte sich von keinem ihrer Kinder trennen. Ihre Mutter hat Unterleibskrebs, ihr Vater Leukämie, beide leben in Westdeutschland. Ihr zweiter Mann kam zu ihr zurück nach der Brustamputation, hat sie aber ein halbes Jahr später wieder verlassen.

Seit sieben Jahren hat sie mit keinem Mann sexuelle Beziehungen. Sie wünscht sich einen Partner:

"einen netteren, älteren Herrn, ... um nicht so alleine durchs Leben zu gehen."

(7) Frau W. spricht kaum mit anderen Menschen, "nur guten Tag und guten Weg." Sie hat keine Freundschaften. Früher telefonierte sie öfters mit einer Frau, die ihr viel geholfen habe, aber die ist verstorben. Sie besucht einmal die Woche einen Freizeitclub in ihrem Bezirk. Eine Bekannte im Haus, die Magenkrebs habe, stoße sie ab, weil sie sich so gehen lasse ("Trink doch, rauch doch, dann gehts besser!")

(8) "Ich möchte nicht direkt so mit Kranke zusammen, ich möchte eher eher mit Gesunde zusammen".

Sie befürchtet von der Depressivität anderer Frauen angesteckt zu werden:

"Vielleicht, wer weiß, wie du dann fertig wärst".

Andererseits glaubt sie:

".. aber so richtig verstehen kann mich ein gesunder Mensch kaum."

(9) Frau W. machte auf mich den Eindruck, daß sie sich gar nicht auf das Gespräch einlassen wollte. Ich war erschlagen von der Vielfalt sozialer Probleme innerhalb der Familie und ihrer Kontaktarmut. Sie kann die Angst in ihr nicht formulieren, sie wird aber öfters indirekt sichtbar. Frau W. reißt sich sehr zusammen, ihre Traurigkeit kann sie nicht verarbeiten.

## 6.9 Frau U. (Beispiel 9)

(1) Frau U. ist Ende dreißig, lebt zusammen mit einem kleinen Kind und ist seit kurzem geschieden. Zur Zeit bekommt sie eine Zeitrente.

(2) 1977 wurde an einer Brust ein Knoten festgestellt, der von ihrem Arzt

als unbedenklich eingestuft wurde. Ein halbes Jahr später traten Beschwerden auf, und der Knoten wurde in einer Klinik als bösartig beurteilt. Nach einer Probebiopsie und Rücksprache mit Ärzten ihres Vertrauens konnte Frau U. der Amputation zustimmen (1978). Nach der Operation wurde sie ambulant nachbestrahlt, sie nimmt Gestagene und läßt sich Iscador spritzen.

(3) Zu Nachsorgeuntersuchungen geht sie dreimonatlich in ein Krankenhaus und jährlich zu ihrem Gynäkologen. Außerdem geht sie regelmäßig zu einem anthroposophisch orientierten Arzt und zu einer Heilpraktikerin.

"Habe mir angewohnt, daß ich die Ärzte frage und mir mein eigenes Urteil aus diesen drei verschiedenen Antworten bilde."

(4) Als Vorbild sieht sie eine andere Frau, die trotz ihrer Brustkrebserkrankung lebenslustig war. Frau U. kann nicht leiden, "wenn jemand klagt".

"Ich bin mit diesem Krebs unheimlich selbstbewußt geworden..., ich sehe für mich die Brustabnahme, die Krebserkrankung eigentlich nur positiv .... Rundherum bin ich froh und zufrieden, wie ich nie war."

Sie fühlt sich nicht als behindert und will nichts verheimlichen.

(5) Die Nachsorge, die sich auf die Brust beschränkt, ist ihr zuwenig. Ihr wurde immer prophezeit, daß noch ein Tief komme, was aber nicht eingetreten sei. Kuren waren für sie wichtig, sie setzte durch, ihr Kind mitnehmen zu können. Eine Prothese konnte sie erst akzeptieren, als sie ein halbes Jahr nach der Operation hörte, sie müßte sonst mit einem Wirbelsäulenschaden rechnen. Die Rente hat sie gleich nach der Amputation beantragt.

(6) Die Trennung von ihrem Mann hatte sie sich schon früher überlegt und es davon abhängig gemacht, wie er zu ihr halten würde in der Situation, in der sie auf ihn angewiesen war:

"Ich will nicht mehr nur aufbauend wirken müssen auf einen Partner."

Von ihrer Mutter erhält sie viel Unterstützung. Wegen ihrer Tochter sagt Frau U. zu sich: "du darfst nicht sterben."

(7) "Es ist schön zu erfahren, daß andere Leute sich Gedanken machen, wie sie mir helfen können."

Mit ihrer Offenheit ("ich habe einfach darüber gesprochen") erhielt sie viel Unterstützung von Freunden und Nachbarn. Sie erfüllte sich auch einen alten Wunsch, in einen FKK- Club einzutreten.

(8) Bei ihrer Mitarbeit in einer Gruppe für Brustamputierte Frauen findet sie es gut, anderen Frauen zu helfen, die schlecht damit fertig werden, und gegenseitig wichtige Informationen austauschen zu können.

(9) Frau M. beeindruckt mich mit ihrem Mut, in der Öffentlichkeit zu ihrer

Erkrankung zu stehen. Sie zeigte sich von ihrer starken Seite im Gespräch und äußerte die Zweifel hinter ihrem Optimismus nur indirekt ("ich lasse keine negativen Gedanken in mir aufkommen"). Sie scheint in der Lage zu sein, sich Hilfe holen zu können, wenn sie diese benötigt.

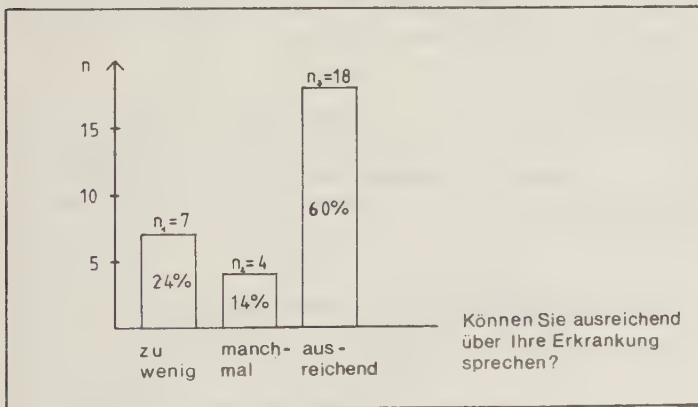
## 7. GESPRÄCHE ÜBER DIE ERKRANKUNG

### 7.1 Subjektive Einschätzung der Gesprächsmöglichkeit

Auf die Frage: "Können Sie ausreichend über ihre Erkrankung mit anderen Menschen sprechen?" äußerten sich 29 Frauen.

62% der befragten Frauen meinten, ihr Bedürfnis nach Aussprachen sei ausreichend zufriedengestellt, 38% äußerten ein allgemein oder zeitweilig unerfülltes Bedürfnis nach Aussprache. 24% der Frauen sagten, immer zu wenig sprechen zu können, 14% meinten, ihr Bedürfnis werde nur manchmal nicht erfüllt.

Bild 7: Ausmaß der Gesprächsmöglichkeit mit anderen Menschen über die Erkrankung.



bezogen auf  $n = 29$

14% der befragten Frauen erklärten sich zwar zufrieden mit ihrer Aussprachemöglichkeit über ihre Erkrankung, aber es fiel eine starke Abneigung bei ihnen auf, über sich und ihre Erkrankung zu sprechen, teilweise machen sie auch für die Umgebung ein Geheimnis daraus.

Wichtige Gründe, derentwegen nicht ausreichend gesprochen werden kann, sind:

- Fehlen eines guten Zuhörers,
- Mangelnde Gesprächsbereitschaft gesunder Menschen,
- Vermutete und erlebte Ablehnung durch Gesunde,
- Meinung, Gesunde könnten einen Krebskranken gar nicht verstehen,
- Starke Kommunikationsstörungen mit dem Partner und anderen nahen Bezugspersonen,
- Angst, Angehörige zu überfordern,
- Meinung, allein mit allem fertig werden zu müssen.

Es bleibt festzustellen, daß etwas mehr als die Hälfte der befragten Frauen Schwierigkeiten in der Kommunikation mit anderen Menschen über ihre Erkrankung haben. Besonders problematisch wird die Situation für die Frau dann, wenn die Störung auch mit nahestehenden Menschen wie Lebenspartner und Eltern sehr ausgeprägt ist.

## 7.2 Möglichkeiten zu einem offenen Gespräch

Die Frage: "Mit wem können Sie offen über ihre Erkrankung reden?" dient dazu, das Gesprächsverhalten anschaulicher zu machen.

### 7.2.1 Nicht-professionelle Helfer

Tabelle 3 zeigt die Häufigkeit der Nennungen und die große Rolle, die nicht-professionelle Helfer als Gesprächspartner bei der Krankheitsbewältigung spielen oder spielen könnten.

Tabelle 3: Nicht-professionelle Helfer und offene Gespräche

| Gesprächspartner | Häufigkeit |              |
|------------------|------------|--------------|
|                  | absolut    | % von n = 30 |
| Freunde/innen    | 22         | 73           |
| Gleichbetroffene | 18         | 60           |
| Partner          | 16         | 53           |
| Verwandte        | 9          | 30           |
| Kinder           | 7          | 23           |
| Berufskollegen   | 6          | 20           |

Von den 20 Frauen, die in einer festen Partnerbeziehung standen, konnten 84 % mit ihrem Lebenspartner offen reden, 16 % jedoch nicht. Mit ihren Kindern können 30 % der Frauen, die Kinder haben, offen reden und mit ihren Berufskollegen 43% der Frauen, die arbeiten gehen.

70% der befragten Frauen nannten mehrere Gesprächspartner, 30% jedoch nur einen. Von diesen 30% gehörte die Hälfte zu der Gruppe von Frauen, die ihrer Meinung nach zuwenig reden können, die andere ist denen anzurechnen, die eher nicht mit anderen Menschen über sich und ihre Erkrankung reden. Andererseits gab es auch Frauen, die sich sehr unzufrieden über ihre Gesprächsmöglichkeiten äußerten, aber doch mehrere Personen nennen konnten, mit denen sie offen reden können.

Das zeigt auch, daß das Kriterium Offenheit von den Frauen unterschiedlich aufgefaßt wird, ein Spektrum umfaßt von intensiver Aussprache bis zur einfachen Erwähnung der Tatsache der Brustamputation.

Hier kann nicht die qualitative Bedeutung der Gespräche für die einzelne Frau erfaßt werden, aber quantitativ ist eine erfolgreiche Orientierung bei der Mehrheit der Frauen zu nichtprofessionellen Helfern abzusehen.

## 7.2.2 Professionelle Helfer

Tabelle 4 zeigt die professionellen Helfer, mit denen die befragten Frauen offene Gespräche führen konnten.

Tabelle 4: Professionelle Helfer und offene Gespräche

---

| Gesprächspartner  | Häufigkeit |              |
|-------------------|------------|--------------|
|                   | absolut    | % von n = 30 |
| Arzt/Ärztin       | 16         | 53           |
| Sozialarbeiter/in | 8          | 27           |
| Psychologe/in     | 2          | 6            |
| Krankengymnastin  | 2          | 6            |
| Bandagist         | 2          | 6            |
| Krankenschwester  | 1          | 3            |
| Heilpraktiker     | 1          | 3            |

---

Dieses Ergebnis sagt nichts über die Qualität der Gespräche aus, deutet aber darauf hin, daß professionelle Helfer nur in einem geringeren Ausmaß zur Verfügung stehen zu einem Gespräch oder nicht in Anspruch genommen werden.

33% der befragten Frauen konnten keinen professionellen Helfer nennen, mit dem sie offen reden konnten. Was die Ärzte betrifft, werden meine Ergebnisse weiter unten noch spezieller, ich kann aber nicht ausschließen, daß die Rolle der anderen Berufsgruppen im Gespräch zu wenig beleuchtet wurde, und sie somit im Ergebnis sehr schlecht abschneiden.

Wichtig erscheint mir die Beobachtung, daß Frauen, die nur wenig Gesprächspartnern im nichtprofessionellen Bereich haben, das nicht unbedingt im professionellen Bereich ausgleichen können, denn die Hilfesuche bei den Professionellen erfordert auch eine gewisse Ich - Stärke, die manchen Frauen aber in ihrem durch die Krankheit Getroffensein fehlt. Daraus läßt sich ableiten, daß die Hilfsangebote offensiv gegeben werden müßten, und dann es der Frau anheimgestellt bliebe, sie in Anspruch zu nehmen oder nicht.

### 7.3 Als Gesprächspartner vermißte Personen

Um obige Aussagen präzisieren zu können, fragte ich auch, ob es jemanden gäbe, mit dem die jeweilige Frau trotz ihres Wunsches nicht offen reden könnte.

28 Aussagen waren verwertbar. 64% der antwortenden Frauen verneinten diese Frage. 36% gaben Personen an. Diese 36% gehörten alle bis auf eine Ausnahme in die Gruppe der Frauen, die mit ihrer Ausprachemöglichkeit unzufrieden war.

Sechsmal betraf es die eigene Mutter, zweimal den Vater (eine Frau hatte ihrer Mutter gar nichts von der Brustamputation erzählt, zwei vermißten die Hilfe der kürzlich oder schon länger verstorbenen Mutter). Zweimal wurde ein Bekannter aus dem näheren Wohnbereich genannt und nur einmal der Ehemann. Andere Frauen, die nicht mit ihren Männern reden können, scheinen sich damit "abgefunden" zu haben.

Welche Rolle das gestörte Verhältnis zu den Eltern bei der Brustkrebserkrankung spielt, kann ich nicht sagen. Ich verstehe das jedenfalls als Hinweis für spezielle Untersuchungen, die sich dieser Fragestellung widmen wollen. Es wird deutlich, daß für einen großen Teil der Frauen wichtige

Aussprachebedürfnisse nicht befriedigt sind. Regressive Wünsche, die durch die Erkrankung belebt werden und sich auf die Eltern richten, werden frustriert und wecken bei einem Teil der Frauen Erinnerungen an frühe Versagungen.

#### 7.4 Gesprächspartner für seelische Schwierigkeiten

Auf die Frage: "Mit wem können Sie über Ihre seelischen Schwierigkeiten reden?" antworteten 26 Frauen auswertbar. Die Tabelle 5 zeigt die Häufigkeit der Angaben, es gab Mehrfachnennungen.

Tabelle 5: Gesprächspartner für seelische Schwierigkeiten  
( + bedeutet professioneller Helfer)

| Gesprächspartner   | Häufigkeit |              |
|--------------------|------------|--------------|
|                    | absolut    | % von n = 26 |
| Partner            | 13         | 50           |
| Freundin           | 9          | 35           |
| Kind               | 3          | 12           |
| Arzt/Ärztin +      | 3          | 12           |
| Verwandte          | 2          | 8            |
| Gleichbetroffene   | 1          | 4            |
| Berufskollegin     | 1          | 4            |
| Psychologe +       | 1          | 4            |
| Sozialarbeiterin + | 1          | 4            |
| Kosmetikerin +     | 1          | 4            |
| Keiner             | 3          | 12           |

88% der Frauen nannten mindestens einen Gesprächspartner für ihre seelischen Schwierigkeiten. 12% der Frauen sagten, zur Zeit niemanden zu haben, mit dem sie darüber reden könnten. Zwei von ihnen versuchen deswegen Kontakt zu einer Gesprächsgruppe zu bekommen, eine dritte ist blind, lebt zurückgezogen, hat nach ihren Angaben noch nie in ihrem Leben versucht, mit einem anderen Menschen über ihre psychischen Probleme zu reden.

13 Frauen nannten ihren Lebenspartner. Das entspricht 68% der Frauen, die mit einem Mann fest liiert sind. Auffallenderweise nennen 32% ihren Mann nicht, sondern haben für ihre seelischen Probleme andere Gesprächspartner. Bei der Nennung der Gesprächspartner für seelische Schwierigkeiten fällt der scheinbare Widerspruch zu den Ergebnissen bei dem Punkt Offenheit (Tabelle 3 und 4) auf. Er löst sich aber durch das unterschiedliche Verständnis von Offenheit und die hier viel spezifischere Fragestellung auf. Auffallend ist auch hier die untergeordnete Rolle der professionellen Helfer als Gesprächspartner. Die Rolle der Ärzte will ich im folgenden noch näher untersuchen.

Zusammenfassend möchte ich festhalten, daß etwas mehr als 50% der Frauen der Untersuchungsgruppe Schwierigkeiten damit haben, über ihre Erkrankung mit anderen Menschen offen zu reden. Unterstützung wird hauptsächlich im nichtprofessionellen Bereich gefunden. Es hat nicht den Anschein, daß das Bedürfnis nach Aussprache erfüllt ist, und ich sehe dadurch die Hypothese 1 - An Brustkrebs erkrankte Frauen können nicht ausreichend über die Erkrankung mit nichtprofessionellen Helfern reden - als bestätigt an.

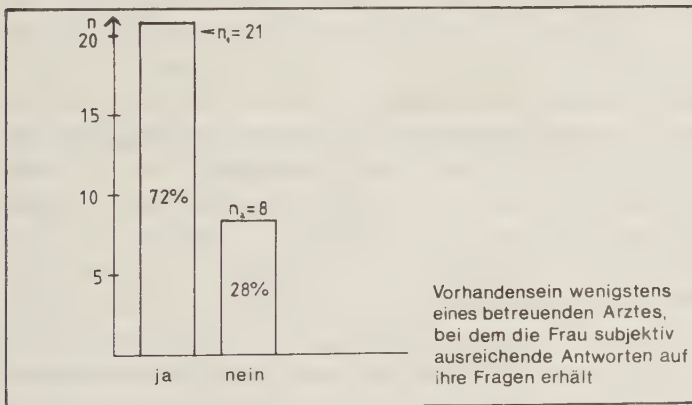
## 8. VERHÄLTNIS ZU DEN ÄRZTEN

### 8.1 Zufriedenheit der Frauen mit den Antworten der Ärzte auf an sie gestellte Fragen.

Jede Frau hat bei ihrer Krankengeschichte Kontakt zu mehreren Ärzten. Ein wichtiger Teilbereich des Arzt-Patient-Verhältnisses sollte mit der Frage untersucht werden: "Haben Sie einen Sie betreuenden Arzt, bei dem Sie das Gefühl haben, daß ihre Fragen ausreichend beantwortet werden?". Mit der Frage wurde nicht ein allgemeiner Eindruck untersucht, sondern das Vorhandensein wenigstens eines Arztes, von dem die Frau ihrem Empfinden nach ausreichende Antworten erhält.

29 Antworten waren auswertbar. 72% der Frauen meinten, ihre Fragen würden ausreichend beantwortet, 28% hielten die Antworten der Ärzte für unzureichend.

Bild 8: Antworten der Ärzte



bezogen auf  $n = 29$

Bei den Interviews gewann ich den nicht quantifizierbaren Eindruck, daß ein Teil der Frauen, die sich zufrieden mit den Antworten erklären, viele Fragen gar nicht stellen. Nur wenige scheinen die Stärke zu besitzen, offensiv Fragen zu stellen und von sich sagen zu können: "Ich bin nicht eher raus, bis ich die Antwort weiß".

Das Ergebnis, daß 28% der befragten Frauen nicht einmal einen sie betreuenden Arzt haben, bei dem sie das Gefühl zufriedenstellender Antworten genießen können, halte ich für sehr schlimm.

Es mag Einwände dagegen geben, wie zum Beispiel: "Diese Frauen stellen vielleicht Fragen, die gar nicht zu beantworten sind!", die teilweise auch treffen, ich sehe auch, daß der Arzt manchmal als "Buhmann" verwendet wird - vielleicht ist das zur Krankheitsbewältigung zeitweise auch notwendig -, trotzdem meine ich, das Ergebnis sollte dazu auffordern, darauf zu achten, ob Fragen von den Frauen auch in der Interaktion geäußert werden können, sollten sie auch vom Arzt nicht beantwortbar sein. Das Darüber-sprechen halte ich für eine notwendige Voraussetzung und Hilfe, bedrückende Gedanken im Krankheitszusammenhang, die ja hinter den Fragen stehen, verarbeiten zu können.

Auf Grund des Ergebnisses möchte ich Hypothese 2 abändern in die Form: An Brustkrebs erkrankte Frauen haben zum Teil keinen Arzt, bei dem sie das Gefühl haben, daß ihre Fragen ausreichend beantwortet werden.

## 8.2 Allgemeine Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung seit der Krankenhausentlassung nach der Brustamputation

Um die allgemeine Zufriedenheit mit der ärztlichen Nachsorge zu erfassen, fragte ich: "Wie zufrieden sind Sie mit der ärztlichen Behandlung seit ihrer Krankenhausentlassung nach ihrer Brustamputation?".

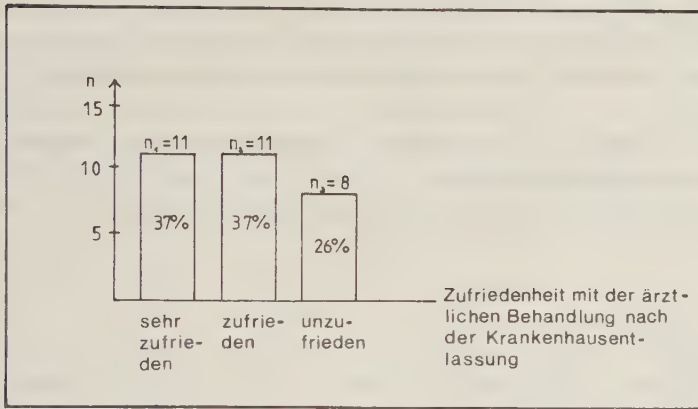
Alle Antworten waren auswertbar. 37% der Frauen äußerten große Zufriedenheit, 37% Zufriedenheit und 26% waren unzufrieden mit der ärztlichen Behandlung.

Von den 26% der Frauen, die sich unzufrieden äußerten, gehörte nur ein Drittel zu der Gruppe Frauen, die wie oben beschrieben, keine ausreichenden Antworten auf ihre Fragen erhalten. Das zeigt, daß das Kriterium Zufriedenheit von den Frauen verschieden aufgefaßt wird und sie bei der Beurteilung unterschiedlich gewichten.

Von den Unzufriedenen meinten fast alle, es werden in der Nachsorge zuwenig getan, nur eine Frau dachte, es werde ärztlicherseits zuviel gemacht.

Die Mehrheit der unzufriedenen Frauen ging zu Gesprächsgruppen für an Brustkrebs erkrankte Frauen. Diese Häufung kann damit zusammenhängen, daß diese Frauen dort gelernt haben, ihre Unzufriedenheit zu äußern, durch die

Bild 9: Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung



bezogen auf  $n = 30$

mitgeteilten Erfahrungsberichte anderer Frauen die Unterschiedlichkeit in der Nachsorge erkannt haben und das selbst Erlebte nicht mehr als unabänderlich Hinzunehmendes sehen.

Bei einigen Frauen, die sich als zufrieden mit der Nachsorge erklärten, fällt der reduzierte Anspruch an betreuende Ärzte auf, die als Techniker verstanden werden, von denen gar nicht mehr erwartet werden könnte. So kommt es zu Äußerungen wie:

"Ich bin eigentlich zufrieden, aber man bräuchte noch einen Seelenarzt."

Somit möchte ich die Hypothese 3 ändern: Die Mehrzahl der Frauen mit Brustkrebs äußert sich als mit der ärztlichen Nachsorge zufrieden.

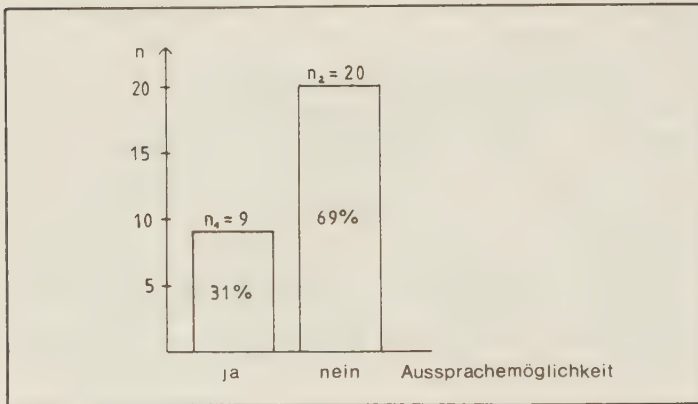
### 8.3 Aussprachemöglichkeit über seelische Schwierigkeiten bei der ärztlichen Nachsorgeuntersuchung

Um zu erfassen, wie weit die Frauen sich über seelische Schwierigkeiten bei der Krankheitsbewältigung während der Nachsorgeuntersuchungen aussprechen können, stellte ich folgende Frage: "Wenn Sie seelische Schwierigkeiten haben, können Sie diese bei der ärztlichen Nachsorgeuntersuchung ansprechen?"

Die Aussagen von 29 Frauen waren auswertbar. 31% der Frauen antworteten mit

ja, 69% jedoch mit nein. Von den Frauen, die über ihre seelischen Schwierigkeiten bei den Nachsorgeuntersuchungen sprechen können, kann dies in der Klinik aber nur eine, die anderen Frauen berichten, mit jeweils einem niedergelassenen Arzt oder Ärztin über psychische Probleme reden zu können.

Bild 10 Aussprachemöglichkeit über seelische Schwierigkeiten bei den ärztlichen Nachsorgeuntersuchungen



bezogen auf n = 29

Somit will ich Hypothese 4 umformulieren: An Brustkrebs erkrankte Frauen können bei den ärztlichen Nachsorgeuntersuchungen kaum über ihre seelischen Schwierigkeiten sprechen.

Im folgenden will ich mich näher mit den Gründen, die zu diesem Ergebnis führen, beschäftigen.

#### 8.4 Gründe für die geringe Aussprachemöglichkeit über seelische Schwierigkeiten bei der ärztlichen Nachsorgeuntersuchung

Die einfachste Erklärung dafür wäre, zu sagen, die Frauen möchten nicht darüber sprechen. Das mag auch für bestimmte Frauen zutreffen, aber mir drängt sich nach den Berichten der Frauen der Eindruck auf, man könnte die Arzt-Patient-Beziehung bei den Nachsorgeuntersuchungen aus der Patientensicht treffend mit den Worten einer befragten Frau beschreiben:

"Wenn ich mir vorstelle, er sitzt auf Kohlen, heißen, dann sage ich lieber gar nichts."

In dieser Bemerkung steckt der Zeitaspekt der Untersuchung, es darf nicht zu lange dauern ("ich darf nicht zuviel von seiner kostbaren Zeit in Anspruch nehmen"), aber auch das heiße Eisen der Untersuchung, das auch für die Patienten schmerzhaft sein kann ("hoffentlich findet er nichts"), die Spannung und die Angst beim oft stundenlangen Warten auf die Minuten der Untersuchung, die sich teilweise auflösen bei der ärztlichen Bestätigung, kein krankhafter Befund sei erkennbar. In dieser angespannten Situation ist häufig keine Aussprache möglich. Verschiedene Aspekte will ich aufzeigen.

#### 8.4.1 Zum Zeitaspekt

62% der Frauen meinten, für ein Gespräch über ihre psychischen Probleme fehle bei der ärztlichen Nachsorgeuntersuchung die Zeit. Dann einige typischen Bemerkungen:

"Im Rahmen der Untersuchung ist kein Gespräch möglich, sie ist zu kurz."

"Ich finde es sinnlos davon anzufangen, dafür haben die gar keine Zeit."

"Zuwenig Zeit, zuviele Kranke."

"Ich habe nicht das Gefühl, daß Zeit da ist."

"Es sind ja so viele andere Patienten im Wartezimmer,"

Ich habe zwar nicht die Möglichkeit, objektiv die vorhandene Zeit zu überprüfen, es kommt jedoch darauf an, daß die Mehrzahl der Frauen nicht das Gefühl hat, es sei genug Zeit für ein Gespräch vorhanden.

#### 8.4.2 Zum Verhältnis zum Arzt bei den Nachsorgeuntersuchungen.

Es fällt auf, daß gerade in den Kliniken, wo bei der Untersuchungsgruppe die Nachsorgeuntersuchungen hauptsächlich stattfinden, es den Frauen nicht möglich ist, seelische Schwierigkeiten anzusprechen. 69% der Frauen finden im Arzt keinen Gesprächspartner für psychische Belange. Als Beispiele dienen diese Bemerkungen:

"Im Krankenhaus ist keiner für Sie zuständig."

"Ober persönliche Sachen, soweit kommt man nicht."

"Danach fragt er gar nicht."

"Der Untersuchungsbefund steht im Vordergrund, das andere muß

erst mal unter den Tisch fallen."

"Das ist ein unpersönliches Verhältnis."

"Da sind immer wieder andere Ärzte, da habe ich kein Vertrauen."

"Es geht nur um das Organische."

Die wesentlichen Punkte sind für mich das fehlende Vertrauen zu einem untersuchenden Arzt, das erst die Aussprache über die psychischen Probleme bei der Krankheitsbewältigung ermöglichen könnte, und die angebliche Fixierung der ärztlichen Bemühungen auf den körperlichen Befund.

Vertrauen, sich zu öffnen, kann nicht von vorneherein bei einem Patienten vorausgesetzt werden. Der Arzt muß es sich erst erwerben. Es kann auch bei einer einmaligen Begegnung entstehen.

Das häufige Wechseln der Bezugsärzte bei der ärztlichen Nachsorge ist sicher nicht von Vorteil.

In der Klinik ließe sich das ändern, wenn für diese wichtige Nachbetreuungsaufgabe eine Person beauftragt wird, die längerfristig am Hause arbeitet, z.B. ein Oberarzt, oder daß mehr darauf gedrängt wird, die Untersuchungen von niedergelassenen Ärzten vornehmen zu lassen.

Kontinuität der Beziehung schafft jedoch allein noch nicht ein persönliches Verhältnis, wichtiger ist noch, über den rein körperlichen Befund hinausblicken und das als sinnvoll und zum täglichen ärztlichen Tun gehörig zu verstehen.

Die Schwierigkeiten und Versäumnisse in der Arzt-Patient-Beziehung bei Brustkrebskranken Frauen sollte man einmal in einer medizinsoziologischen Untersuchung des Gesprächsverhaltens bei den Nachsorgeuntersuchungen aufzeigen.

Die Erfahrungen der Frauen, die mit ihren Ärzten reden können, geben schon Hinweise für ein ärztliches Verhalten, das den Frauen ermöglicht, auch über ihre seelischen Probleme im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung zu sprechen.

Wichtig ist aber auch festzuhalten, daß an Brustkrebs erkrankte Frauen primär körperlich krank sind und sich mit ihrer Erkrankung auseinandersetzen müssen, ein bloßer Ruf nach einem Seelenarzt setzt die leidige Trennung zwischen Körper und Psyche nur fort.

Als ein Gespräch erleichternd beschreiben die Frauen folgendes ärztliches Verhalten:

- Zuhören,
- sich Zeit für ein Gespräch nehmen, evtl. besonderen Gesprächstermin vereinbaren,
- Fragen stellen nach psychischer Verfassung.

Die Signale der Aufmerksamkeit und Zugewandtheit bedeuten sehr viel. Auch die kurze, dann aber volle Orientierung auf den Patienten gibt diesem das Gefühl, für diesen Augenblick im Mittelpunkt des ärztlichen Interesses zu stehen, wichtig zu sein. Die offene Frage nach der psychischen Verfassung zeigt das Interesse des Arztes an, dessen Hilfe allein schon durch das Zuhören immens sein kann. Das mögliche Versagen angesichts des selbst auferlegten Zwanges, für alles sofort eine therapeutische Maßnahme anbieten zu können, verunmöglicht es leider manchem Helfer, erst einmal zuzuhören.

#### 8.4.3 Zum Verhalten der Frau zu sich selbst

Im angedeuteten Gesprächsverhalten der befragten Frauen spiegeln sie sich zum Teil auch selbst. Die Einstellung zu sich, ihrem Körper und ihren Rechten bestimmt auch mit ihr Verhalten gegenüber einem Arzt und beeinflusst stark die Gesprächssituation. So gibt es Frauen, die offensiv fordern, anderen fehlt nur ein kleiner Anstoß, um über sich zu reden, andere haben sich in Resignation zurückgezogen.

41% der Frauen nannten eigene Schwierigkeiten, über seelische Schwierigkeiten zu sprechen.

Folgende sind typisch:

"Mir fehlt der Mut."

"Ich fühle mich nicht wichtig genug."

"Ich habe Angst, nicht das Richtige ausdrücken zu können."

"Das muß ja jeder doch mit sich abmachen, da kann ja einem keiner helfen."

"Da muß ich doch alleine sehen, wie ich damit fertig werde."

"Ich versuche allein klar zu kommen, brauche keine Hilfe."

Es ist nicht nötig, bei resignativen Äußerungen Krebskranker Menschen

selbst zu resignieren.

Mir ist bewußt, das die Auseinandersetzung mit der Erkrankung und dem möglichen Tod niemand einem Krebskranken abnehmen kann, auch will ich nicht jedem Menschen die Hilfe aufdrängen, die in meinen Augen sinnvoll ist. Aber ich sehe eine starke Hilfe bei der Bewältigung der Krankheit für den Betroffenen darin, daß er die damit verbundenen Schwierigkeiten äußern kann, wenn er möchte. Deshalb muß sich jeder fragen, wieweit er selbst solche Äußerungen in der Kommunikation mit Kranken und mit brustkrebskranken Frauen im besonderen verhindert.

Auf strukturelle Beschreibungen der Organisation der medizinischen Betreuung, die das Sich-klein-fühlen des Patienten zu dessen Nachteil verstärken und seine Interaktion mit einem als übermächtig erlebten Gegenüber erschweren, gehe ich hier nicht weiter ein.

#### 8.5 Das Arzt- Patient Verhältnis als Lernmodell für den Patienten

Hier möchte ich nicht die Möglichkeiten der verschiedenen Formen von Psychotherapie aufzeigen, die vielleicht für einen Teil der Frauen nötig wäre, sondern ich will nur kurz darstellen, wie der Umgang des Arztes mit dem Patienten diesem als Lernmodell für seinen Umgang mit sich selbst dienen kann.

Die Art des Umganges des Arztes mit dem Patienten kann daran mitwirken, daß dieser sich selbst bejahen und akzeptieren kann, was die Krankheitsbewältigung erheblich erleichtert.

Wenn der Arzt den Patienten beachtet, gewinnt dieser auch Selbstvertrauen, weil er sich als beachtenswert erlebt. Der Patient bejaht sich selbst leichter, wenn er wahrnimmt, daß er vom Arzt bejaht wird. Durch die Beschäftigung des Arztes auch mit psychischen Problemen des Patienten wird dieser auch zur psychischen Verarbeitung ermutigt. Er fühlt sich stärker, wenn er den Arzt als Verbündeten gegen die Krankheit erlebt. Ein offener partnerschaftlicher Umgang des Arztes mit dem Patienten erleichtert die Selbstverantwortlichkeit des Patienten.

Der Arzt vermittelt seine Einstellung durch viele Gesten, zeigt seine Zuwendung durch aufmerksames Zuhören und Stellen von offenen Fragen an Stelle der geschlossenen, die nur Ja-Nein-Antworten ermöglichen. Die Aufforderung an den Patienten, Mitgeteiltes zu konkretisieren, trägt bei zu einem umfassenderen Verständnis des Patienten.

Tabelle 6: Arzt-Patient-Beziehung als Lernmodell

(modifiziert nach SCHÖNHALS 1981)

|                                                             |   |                                         |
|-------------------------------------------------------------|---|-----------------------------------------|
| Bejahung durch den Arzt                                     | - | Selbstbejahung des Patienten            |
| Beachtung durch den Arzt                                    | - | Selbstvertrauen des Patienten           |
| Beschäftigung mit psychischen Problemen                     | - | Ermutigung zur psychischen Verarbeitung |
| Verbündung des Arztes mit dem Patienten gegen die Krankheit | - | Ich- Stärkung des Patienten             |
| Offene Partnerschaftlichkeit des Arztes                     | - | Selbstverantwortlichkeit des Patienten  |

## 8.6 Einbeziehung von Angehörigen

28 Frauen wurden gefragt, wie weit Angehörige gemeinsam mit ihnen und einem Arzt nach der Krankenhausentlassung gesprochen haben. Nur ein Viertel bejahte diese Frage.

Bei allen diesen Frauen war der dritte Gesprächsteilnehmer der Ehemann, das Thema des Gesprächs war immer der Krankheitsbefund und die anstehende, ärztlich vorgeschlagene Therapie. Paarschwierigkeiten wurden in den Gesprächen nicht angesprochen.

Mehrere Frauen, die Probleme mit ihren Männern haben, aber nie ein gemeinsames Gespräch mit einem Arzt geführt haben, stellen sich so ein Gespräch als sehr hilfreich vor.

Ich verstehe das als Anregung, mehr gemeinsame Gespräche zu führen, vor allem wenn Paarprobleme aufgetaucht sind und auch prophylaktisch, wenn Frauen vor ihrer Operation schon solche befürchten.

Einzelgespräche mit Angehörigen führen bei der betroffenen Frau leicht zu der Vermutung, ihr werde etwas verheimlicht.

Die Erfahrung, offen mit ihrem Mann und einem dritten reden zu können, sollte jeder Frau schon am Anfang ihrer Brustkrebserkrankung ermöglicht werden, dazu gehört auch die Zeit der Unsicherheit und der Angst vor der Brustamputation, wo diese Erfahrung für manche Frauen die größte therapeutische Hilfe sein kann.

### 8.7 Die wichtigsten ärztlichen Hilfsmöglichkeiten aus der Sicht der betroffenen Frauen.

Allen Frauen stellte ich die offene Frage: "Was wäre das Wichtigste, womit Ärzte ihnen helfen könnten?"

Die Antworten sind in der Tabelle 7 nach Häufigkeit der Nennungen zusammengefaßt, es gab Mehrfachnennungen.

Tabelle 7: Die wichtigsten ärztlichen Hilfestellungen aus der Sicht von an Brustkrebs erkrankten Frauen

| gewünschte Hilfestellung     | Häufigkeit |              |
|------------------------------|------------|--------------|
|                              | absolut    | % von n = 30 |
| Gesprächsbereitschaft zeigen | 13         | 43           |
| Zeit haben                   | 12         | 40           |
| Ehrlich sein                 | 10         | 33           |
| Fachliche Kompetenz          | 7          | 23           |
| Ausführliche Erklärung       | 6          | 20           |
| Zuhören und ernst nehmen     | 6          | 20           |
| Einfühlungsvermögen          | 5          | 17           |
| Persönlicher Kontakt         | 5          | 17           |
| Hinweise zur Weiterhilfe     | 4          | 13           |
| Kann mir nicht helfen        | 3          | 10           |

Eine Frau formuliert es allgemein so:

"Ein Arzt soll Arzt und Mensch sein!"

Ganz im Vordergrund steht das Verlangen nach persönlicher Zuwendung durch den Arzt.

43% der befragten Frauen nannten als wichtigste Hilfe die Gesprächsbereitschaft von Ärzten. Dazu gehört auch, daß die Frauen die Möglichkeit sehen, Fragen stellen zu können. 40% wünschten sich ausreichende Kontaktzeit für ein Gespräch. 33% betonten die Bedeutung der Ehrlichkeit ihnen gegenüber, das Verlangen, die Wahrheit zu wissen, nicht belogen zu werden, um sich danach richten zu können.

23% Frauen formulierten ihr Bedürfnis nach fachlicher Kompetenz und nach sorgfältiger Arbeit der Ärzte. Dazu gehört ihrer Meinung nach das Sich-mit-Kollegen-Besprechen, wenn Unsicherheiten bei der Diagnose sind, das Bemühen

um eine gute chirurgische Nahttechnik und Schnittführung für eine kosmetisch schöne Narbe und die gewissenhafte körperliche Untersuchung.

20% unterstrichen wurde die Notwendigkeit ausführlicher Erklärungen, um die Art der Durchführung und die Notwendigkeit ärztlicher Handlungen eingehend darzustellen. Dazu gehört auch die Erhellung des Nachsorgeplans.

Auch das Bedürfnis, schon vor einer Amputation sehen zu können, wie es nachher aussehen könnte (bei einer anderen Frau), wurde in diesem Zusammenhang geäußert. Daß der Arzt sie ernst nimmt und ihnen zuhört, bezeichneten auch 20% als größte Hilfe. Sie möchten nicht ausgelacht werden, wenn sie sich Gedanken machen, mit welchen Maßnahmen sie sich noch bei der Gesundung unterstützen könnten und darüber laienhaft sprechen.

17% der befragten Frauen nannten ärztliches Einfühlungsvermögen als größte Hilfe für sie. Dazu gehört die Berücksichtigung der Bedeutung der Brust für eine Frau, wie auch das Verständnis für das Bedürfnis, sich vor einschneidenden Therapiemaßnahmen noch bei einem anderen Arzt vergewissern zu wollen. Das ist meist kein Ausdruck der Ablehnung gegen den Arzt, sondern der Versuch mit der großen Angst vor dem Bevorstehenden fertig zu werden, es vielleicht doch abwenden zu können.

Ein persönlicher Kontakt ("daß man nicht nur eine Nummer ist") wird von 17% der befragten Frauen als sehr große Hilfe bezeichnet, 13% nennen als das Wichtigste Hinweise zur Weiterhilfe, zu Rente, Selbsthilfegruppen und zur weiteren Lebensweise. Das beinhaltet den Hinweis auf die Möglichkeiten eigenen Handelns.

Drei Frauen äußerten sich auf diese Frage resigniert, es könne ihnen jetzt keiner mehr helfen. Im Nachsatz kommen aber zwei gleich auf die fehlende menschliche Zuwendung zu sprechen.

Diese Angaben spiegeln Wünsche, aber auch positive und negative Erfahrungen wieder, die die betroffenen Frauen in ihrer Krankengeschichte gemacht haben.

Die Notwendigkeit naturwissenschaftlicher Kompetenz wird nur von 23% der Frauen besonders betont, nur zum Teil sind es dieselben, die mit der ärztlichen Betreuung nicht zufrieden waren (siehe 8.2). Es hat den Anschein, daß die anderen Frauen von dieser Kompetenz als selbstverständlich ausgehen.

Der Bedeutung der Aussagen der Frauen möchte ich nochmal Wert verleihen, indem ich sie als Fragen formuliere, die der Arzt oder eigentlich jeder,

der helfen will, an sich selbst stellen kann, um sich Rechenschaft darüber zu geben, wie er auf seinen Gegenüber eingeht.

Fragen des Helfers an sich selbst:

Bin ich bereit zu einem Gespräch?

Nehme ich mir Zeit für den anderen?

Bin ich ehrlich?

Bin ich um fachliche Kompetenz bemüht?

Arbeite ich sorgfältig?

Erkläre ich mein Tun?

Höre ich zu?

Nehme ich den anderen ernst?

Kann ich mich einfühlen?

Kann ich Hinweise zur Weiterhilfe geben?

Kenne ich die Grenzen meiner Fähigkeit?

Den scheinbaren Widerspruch zwischen Hypothese drei und vier, zwischen dem hohen Maß an Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung und der doch auffallend unterentwickelten ärztlichen Rolle als Gesprächspartner für seelische Probleme versuche ich folgendermaßen zu erklären:

Ich habe den Eindruck, daß viele Frauen sich auf das vorwiegend rein naturwissenschaftliche Medizinverständnis mancher Ärzte eingestellt haben, dahingehend sozialisiert sind, daß sie sich auch zufrieden äußern, wenn sie überwiegend somatisch unter Vernachlässigung psychischer Anteile behandelt werden. Das heißt aber nicht, daß sie das Verlangen nach Aussprache verloren haben.

Ich halte es für sehr wichtig, zu untersuchen, wieweit diese Abtrennung der Psyche vom Körperlichen in der Arzt-Patient-Beziehung gefördert oder abgeschwächt wird. Hinweise für eine Aufnahme des seelischen Bereiches in die Betreuung eines Patienten glaube ich hiermit gegeben zu haben.

## 9. KONTAKTE MIT MENSCHEN DER WEITEREN UMGEBUNG (FREUNDE, BEKANNTE)

### 9.1 Gefühl des Alleinseins

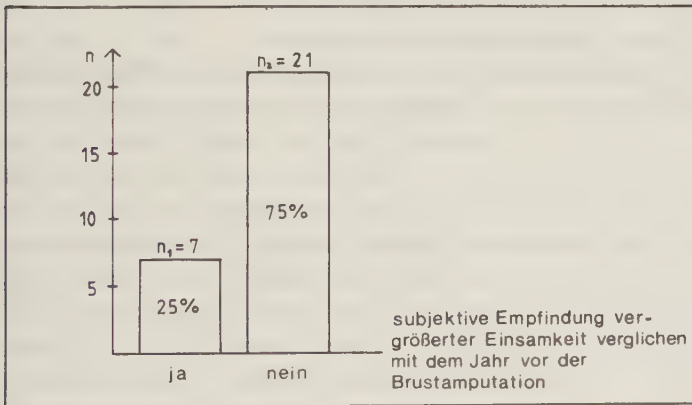
Die verschiedenen Auseinandersetzungsformen mit der Brustkrebserkrankung zeigen sich auch bei der Untersuchung des Sozialverhaltens der befragten Frauen. Ich wollte dabei erfassen, wie weit an Brustkrebs erkrankte Frauen Unterstützung durch ihre nicht familiäre Umgebung erhalten und wie weit sie zusätzlichen Belastungen ausgesetzt sind.

In der Empfindung, allein zu sein, drückt sich soziale Isolierung aus. Mir erschien es wichtig, zu erfahren, ob sich seit der Brustamputation Einsamkeit verstärkt hat.

28 Frauen antworteten auf die Frage: "Sind Sie jetzt mehr allein als im Jahr vor Ihrer Brustamputation?"

25% antworteten mit ja, 75% mit nein.

Bild 11: Einsamkeit seit der Brustkrebserkrankung



bezogen auf n = 28

In der Gruppe der Frauen, die die Frage verneinten, sind Frauen, die sagten, sie wären gerne allein, die schon vor ihrer Erkrankung zurückgezogen lebten, Frauen, die betonten, es hätte sich nichts geändert, und Frauen, die mitteilten, großen Wert darauf zu legen, unter Menschen zu kommen, auch seit ihrer Erkrankung neue, wichtige Bekanntschaften geschlossen zu haben.

Frauen, die sich vermehrt allein fühlen, beschränken dies zeitlich auf manchmal, nur eine Frau sagte, sie fühle sich andauernd zu allein ("mir fehlen die Menschen" Frau G, Beispiel 1). 5 der 7 Frauen haben sich einer Gesprächsgruppe angeschlossen, 5 leben ohne einen Partner und 4 leben mit mindestens einem Kind zusammen. 4 von diesen 7 Frauen gehören zu der Gruppe, die sich allgemein unzufrieden über die Aussprachemöglichkeit mit anderen Menschen über ihre Erkrankung äußerten (siehe 7.1).

Die zwei Frauen ohne Gesprächsgruppenanschluß leiden besonders unter ihrem Alleinsein, eine davon lebt mit Partner und Kind zusammen (Frau G. und Frau N., Beispiele 1 und 2).

Die Auseinandersetzung mit der Erkrankung ist eingebettet in ein komplexes Lebensgeschehen, und so ist auch das Gefühl, vermehrt allein zu sein, nicht einfach als Folge der Erkrankung zu sehen.

Andere einschneidende Lebensereignisse spielen ebenso mit. Dazu gehören Partnerverluste durch Tod, das Sehnen nach einer nahen Bezugsperson oder der Ablösungsprozeß der Kinder vom Elternhaus. Besonders Frauen, denen die Mutterrolle einen Großteil ihrer Identität gegeben hat, sehen sich vor die Aufgabe gestellt, ihr Leben neu definieren zu müssen.

Die Kontaktaufnahme mit Gesprächsgruppen sehe ich gerade bei diesen Frauen, die sich einsam fühlen, als aktiven Versuch, die eigene Lebenssituation zu verbessern.

Zum Gefühl des Alleinseins stehen zu können, bietet auch eher die Möglichkeit, die soziale Isolierung zu verändern, als die Verleugnung dieses existenziellen Bedürfnisses nach mitmenschlicher Nähe.

## 9.2 Gefühl der veränderten Behandlung durch die Umgebung

Um abzuklären, wie die Umgebung der Frauen auf die Brustkrebserkrankung in Sicht der Betroffenen reagierte, fragte ich: "Haben Sie das Gefühl, von Ihrer Umgebung seit Ihrer Brustamputation anders behandelt zu werden?"

Alle 30 Frauen nahmen dazu Stellung. Die Äußerungen sind in Tabelle 8 kategorisiert, es gab Mehrfachnennungen.

Die Mehrzahl der Frauen berichtete von positiv und negativ erlebten Verhaltensweisen der Umgebung.

Tabelle 8: Veränderte Behandlung durch die Umgebung

| Interaktion mit der<br>Umgebung             | Häufigkeit |              |
|---------------------------------------------|------------|--------------|
|                                             | absolut    | % von n = 30 |
| Zuwendung erhalten und<br>akzeptiert werden | 17         | 56           |
| Unangenehmes Mitleid<br>erfahren            | 7          | 23           |
| Gemieden werden                             | 6          | 20           |
| Unsicherheit der Um-<br>gebung              | 5          | 17           |
| Eigene Furcht vor Ab-<br>lehnung            | 5          | 17           |

#### 9.2.1 Zuwendung erhalten und akzeptiert werden

56% der befragten Frauen berichteten, von ihrer Umgebung Zuwendung erhalten zu haben und akzeptiert worden zu sein. Die Formen der Zuwendung sind verschieden und Beginn und Dauer ebenso unterschiedlich. Neben der Übernahme von Aufgaben in Form von Nachbarschafts- oder Freundeshilfe ist die wichtigste, als positiv erlebte Hilfe das offene Gespräch und das Gefühl, von den anderen weiterhin akzeptiert zu werden.

Neu und sehr hilfreich für die betroffene Frau kann es sein, wenn sie sich auch helfen lassen kann.

Schon der Besuch der frischoperierten Frau im Krankenhaus zeigt dieser die Anteilnahme ihrer Umgebung an ihrem Schicksal und erleichtert ihr, den selbstverständlichen Kontakt mit ihrer Umgebung ohne "Beziehungspause" aufrecht zu erhalten.

Meist wurden die Bekannten oder Freunde anfangs als fürsorglich beschrieben, was sich im Laufe der Zeit verloren, "normalisiert" habe. Die betroffene Frau erhielt wieder den Teilstatus der Gesunden.

Die große Bedeutung der Unterstützung aus dem Freundeskreis zeigt sich auch an der häufigen Nennung von Freundinnen als Partnerinnen für offene Gespräche (vgl. 7.2., Tabelle 3).

Die prämorbide soziale Orientierung und die eigene Einschätzung der Erkrankung spielen eine Hauptrolle bei der Möglichkeit, Unterstützung durch die Umgebung zu erhalten:

Einige Frauen berichten, sich Krankenhausbesuche verboten zu haben, sie wollten danach wieder als die alte, die gleichgebliebene in Erscheinung treten, nur sehr wenige teilnehmen lassen an ihrem Leid.

Auf das ablehnende Verhalten der Umwelt, das eventuelle Selbstzweifel bei der betroffenen Frau verstärkt und es ihr erschwert, zu einem neuen Selbstwertgefühl zu finden, komme ich im folgenden zu sprechen.

#### 9.2.2 Bemitleidet werden

23% der Frauen berichten, von anderen Menschen in einer sie kränkenden Weise bemitleidet worden zu sein.

Für die meisten an Brustkrebs erkrankten Frauen erscheint es äußerst wichtig, von ihrer Umgebung nicht bemitleidet und bedauert zu werden, sondern sie möchten als weiterhin vollwertige Menschen akzeptiert werden. Das Gefühl, bemitleidet zu werden, zeigt ihnen eine Fremdeinschätzung, nun weniger wert zu sein als andere Menschen, was ihre eigene Betroffenheit noch verstärkt.

#### 9.2.3 Gemieden werden

Sehr traumatisch wirkt auf brustkrebserkrankte Frauen ein direkter Rückzug einer oder mehrerer Personen der Umgebung.

Davon berichten 20% der Frauen. Da gab es Freundschaften, die nach der Erkrankung plötzlich im Sande verliefen. Auf Nachfrage der betreffenden Frau wurde ihr von ihren Freunden gesagt, daß deren Bedürfnis nach geselligem Beisammensein durch ihre Anwesenheit gestört sei. Direkte Ablehnung wird versucht durch Gegenablehnung auszugleichen ("Das waren keine echten Freunde"), die Betroffenheit durch die Zurückweisung bleibt groß.

Zu einer anderen Frau brach ein Freundespaar die Beziehung ab aus Furcht vor Ansteckung. Das scheint eine Befürchtung zu sein, die sich immer noch in der Bevölkerung hält:

Eine Frau berichtete, den 80. Geburtstag ihrer Schwiegermutter mit großer Energie vorbereitet zu haben. Den Gästen mußte dann nach Entscheidung der Jubilarin verheimlicht werden, wer die Wurstplatten hergerichtet hatte, aus Furcht, die Geladenen würden sonst die angerichteten Speisen nicht anrühren.

Das ist sicher ein Bereich, der die unzureichende Aufklärung über Krebser-

krankungen in der Öffentlichkeit anzeigt. Für die Erkrankten ist es sehr schwer, sich gegen die falschen Vorurteile durchzusetzen. Öffentlichkeitsarbeit von Fachleuten in den allgemein zugänglichen Medien ist weiterhin vonnöten.

Auf die besondere Benachteiligung von Krebskranken im Arbeitsleben komme ich weiter unten noch zu sprechen. Die Ausgrenzung aus dem Erwerbsleben wird als Nicht-mehr-gebraucht-werden erlebt, was das Selbstwertgefühl erheblich mindert.

#### 9.4.2 Unsicherheit der Umgebung

17% der befragten Frauen berichten, daß die Menschen ihrer Umgebung ihnen gegenüber unsicher sind.

Unsicher ist die Erkrankte und ebenso ist es die Umgebung. Da kann es zu gut gemeinter Überfürsorglichkeit kommen, die die Erkrankte hilfsbedürftiger wirken läßt, als sie eigentlich ist.

Sie sieht sich manchmal in den Augen anderer Menschen als Todgeweihte, versucht sich dann angemessene Beachtung zu verschaffen mit Worten wie: "Ich lebe doch noch". In so einer ungeklärten Situation wird dann auch eine vielleicht aufmunternde Bemerkung, wie: "Sie sehen ja gut aus!", von der dann sehr empfindlichen Betroffenen umgedeutet in: "Man sieht ja gar nicht, daß Sie Krebs haben."

Die Umgebung projiziert ihr Bild vom Krebskranken auf den jeweils betroffenen Menschen und wundert sich zum Beispiel als Verkäuferin: "Daß Sie noch lachen können!" Vorurteile gegenüber Krebskranken stellen diese in den Augen der Umgebung zum Teil kränker da, als sie in Wirklichkeit sind.

Bekannte scheuen vor einem Krankenhausbesuch zurück, der wie oben erwähnt auch eine Hilfe sein könnte, weil sie glauben, im Krankenbett "nur ein Häufchen Elend" zu finden. Das war die Antwort auf die Frage einer Frau an ihre Bekannten, warum diese nicht zu einem Besuch gekommen wären.

Eine andere Frau berichtet, bei den häufigen Gesprächen unter den Frauen im Hause werde ihr gegenüber die Todesursache Krebs verheimlicht, ihr also ein Teilbereich der allgemeinen Kommunikation verwehrt. Die anderen Frauen im Hause würden denken, das könnte man ihr nicht sagen. Nur durch wiederholtes Nachfragen und den forschenden Beweis eigener Stärke ist es ihr möglich, wieder voll am Gespräch mit den anderen Frauen teilzunehmen.

Des öfteren wurde mir auch ein Kreis der Unsicherheit beschrieben, in dem

jeder auf das Reden des anderen wartet. Weil alle zögern, entsteht ein unbefriedigendes Schweigen.

Mehrere Frauen berichteten, daß in der Umgebung kaum jemand mehr als: "Wie geht's?" fragt oder nicht einmal das, sondern die Erkrankung mehr oder weniger totgeschwiegen wird. Das waren Frauen, die darauf warteten, daß andere, die sicher von der Erkrankung wußten, ihr Interesse durch Fragen signalisieren, was es der betreffenden Frau erleichtert hätte, über sich und ihre Erkrankung zu sprechen. Ganz von alleine wagten sie es nicht, andere damit "zu belästigen". Ich vermute, diese Bekannten fragten nicht einfach nicht aus Desinteresse, sondern sie befürchteten ihrerseits, durch Fragen, die betreffende Frau zu verletzen.

Wenige berichteten von dem befreienden Erlebnis, so ein angespanntes Schweigen durchbrochen zu haben.

Eine Frau, die die Blicke anderer Badegäste am Strand auf sich ruhen spürte, sprach dies direkt an und erzählte von ihrem Brustverlust. Mit ihrer Stärke zu diesem offenen Umgang löste sie die ihr auch unangenehme angespannte Situation und schaffte die Voraussetzung zu einem lebendigen Gespräch.

Das zeigt die Möglichkeit einer Betroffenen, aktiv das Verhalten der Umwelt zu beeinflussen. Die mitmenschliche Umgebung eines Krebskranken kann diese Entwicklung aber auch erleichtern, wie schon am Beispiel der Ärzte gezeigt wurde (siehe 8.6). Die Auseinandersetzung mit den eigenen Vorurteilen Erkrankten gegenüber ist hierfür eine unabdingbare Notwendigkeit.

### 9.2.5 Eigene Furcht vor Ablehnung

17% der befragten Frauen äußerten eine starke Furcht, wegen ihrer Erkrankung von anderen Menschen abgelehnt zu werden.

Das hat zum Teil damit zu tun, daß sie sich vor den Vorurteilen anderer Menschen fürchten, die sie selbst früher gegenüber Krebskranken oder Kriegsversehrten hatten. Zum Teil mag es auch daran liegen, daß sie keine Vorbilder haben, die offen mit einer Krebserkrankung leben oder lebten. Die Mehrzahl dieser Frauen hatte keine Krebsvorerfahrungen in ihrer Familie.

Direkt mit dieser Furcht vor Ablehnung durch andere ist aber auch die eigene Ablehnung gegen sich verbunden, die auf andere projiziert wird.

Diese Furcht vor Ablehnung führt zu unterschiedlichen Strategien der Ver-

heimlichung der Erkrankung, wie es auch in den Fallgeschichten deutlich wird. Verheimlichung als Verdrängung bindet sicher viel Lebensenergie, ist auch als magisches Nicht-geschehen-machen zu verstehen: ich rede nicht darüber, also war nichts.

Überraschung und Freude beschrieben aber ein Teil dieser Frauen, die sich vor Ablehnung sehr fürchteten, als sie erlebten, wie sich die eigenen Erwartungen, nämlich abgelehnt zu werden, wenn die Umgebung von ihrer Erkrankung erfährt, nicht bewahrheiteten, sondern sich die Mitmenschen als unterstützend und solidarisch erwiesen.

Wichtig erscheint es, daß jeder Krebskranke zu einem Selbstwertgefühl findet, das auf eigener Wertschätzung beruht und nicht völlig von anderen abhängt. Dann kann auch fremde Ablehnung, wenn sie auftreten sollte, leichter verkraftet und die Unterstützung anderer Menschen intensiver erlebt werden.

### 9.3 Bewußte eigene Kontaktvermeidung

Um die Folgen der Erkrankung auf das bewußte eigene Kontaktverhalten zu untersuchen, fragte ich: "Gehen Sie seit Ihrer Brustamputation anderen Menschen mehr aus dem Weg?"

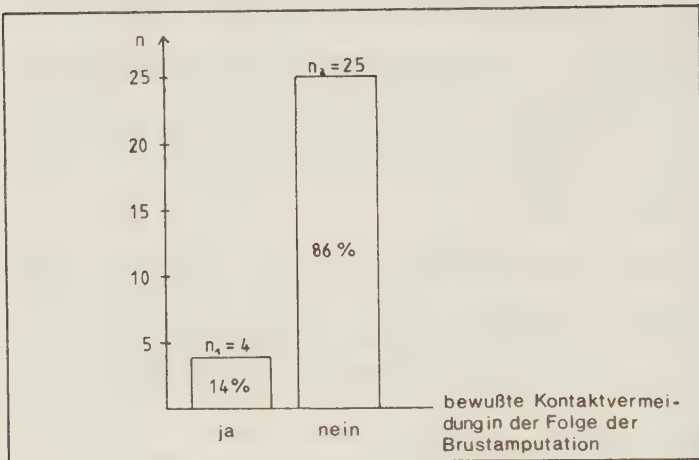
In 29 Gesprächen wurden dazu Aussagen gemacht: 86% der Frauen verneinten diese Frage, oft mit dem Zusatz: "Warum sollte ich?", aber 14% bejahten die Frage.

Drei der vier Frauen, die von sich sagten, anderen Menschen vermehrt aus dem Wege zu gehen, können anderen Menschen gegenüber offen zu ihrer Erkrankung stehen und vermeiden den Kontakt nur mit Leuten, die ihrer Meinung nach in sie verletzender Weise auf ihre Erkrankung reagiert haben. Verletzungen entstanden durch Desinteresse, Zurückweisung und unangenehmes Mitleid.

Die geschilderte Kontaktvermeidung erscheint als Strategie, sich selbst vor unnötigen Schmerzen zu schützen und sich die Kontakte auszuwählen, die als besonders wertvoll erscheinen.

Eine Frau jedoch beschreibt, wie sie sich in ihrem Zuhause "einigelte", immer eine Ausrede fand, nicht zu Einladungen zu gehen, sich nicht zeigen wollte, in ihrer Krankenrolle verharrte (Frau G., Beispiel 1).

Bild 12: Kontaktvermeidung



bezogen auf  $n = 29$

Die gestellte Frage erfaßt das Kontaktverhalten nur in einer Form, der bewußten, mitteilbaren Vermeidung, nicht aber die Qualität der Kontakte. Selbst dann, wenn jemand scheinbar sehr viel Wert auf Zusammensein mit anderen Menschen legt, kann er sich dabei doch sehr abseits halten. Das ist auch bei einigen interviewten Frauen zu sehen, die sehr die Bedeutung ihrer häufigen Sozialkontakte betonen, dabei aber ihre Erkrankung verheimlichen, diesen Teil ihrer Persönlichkeit nicht zulassen wollen (siehe auch Frau K., Beispiel 4).

Zusammenfassend möchte ich die Hypothese 5 abändern:

Frauen mit Brustkrebs erleben von ihrer weiteren Umgebung (Freunde, Bekannte) verschiedene Formen der Ablehnung, aber auch in hohem Maße Formen der Unterstützung und Solidarität.

## 10. FAMILIE

### 10.1 Hilfestellung bei der Krankheitsbewältigung

Um zu erfahren, welche Hilfestellungen an Brustkrebs erkrankte Frauen im familiären Bereich erfahren, fragte ich: "Was hilft Ihnen in der Familie, mit der Erkrankung zurechtzukommen?"

Alle 30 befragten Frauen nahmen dazu Stellung, teilweise gab es Mehrfachnennungen. Die Äußerungen sind in der Tabelle 9 kategorisiert und nach der Häufigkeit angeordnet:

Tabelle 9: Unterstützungsformen in der Familie

| Unterstützungsformen                     | Häufigkeit |              |
|------------------------------------------|------------|--------------|
|                                          | absolut    | % von n = 30 |
| Offene Gespräche mit Familienangehörigen | 12         | 40           |
| Verständnis des Partners                 | 9          | 30           |
| Eine Aufgabe haben                       | 4          | 13           |
| Normal Weiterleben können                | 4          | 13           |
| Hilfe bei der Hausarbeit                 | 4          | 13           |
| Keine Hilfestellung                      | 4          | 13           |

#### 10.1.1 Offene Gespräche mit Familienangehörigen

40% der befragten Frauen benannten als große Hilfe für sich bei der Krankheitsbewältigung die Möglichkeit, offen mit ihren Familienangehörigen über die Erkrankung sprechen zu können.

Zumeist fanden diese Gespräche häufig während der nachstationären Zeit statt, das Thema Erkrankung war zum Interviewzeitpunkt nicht mehr so aktuell innerhalb der Familie.

Die Familienmitglieder gehören zu den nichtprofessionellen Helfern (vgl. Tabelle 3, 7.2.1) und erleichtern der Kranken durch ihre Zuwendung, wieder Vertrauen zu sich zu finden.

Als besonders hilfreich beschrieben einige Frauen es, innerhalb der Familie krank sein zu dürfen, wenn sie sich danach fühlen, aber nicht darauf festgelegt zu werden, sondern sich ebenso wieder von ihrer starken Seite her

zeigen zu können:

"Ich kann mich hier schlecht fühlen, wenn ich mich schlecht fühle, aber ich kann mich auch gut fühlen."

In diesen Familien ist ein sehr flexibler Umgang mit Gefühlen von Schwäche und Sich-erholen- wollen üblich, der es den betroffenen Frauen gestattet, sich auch mit ihren verschiedenen Anteilen darzustellen, sie selbst zu sein.

Verständnis und Akzeptierung von Beschwerden und gleichzeitige Auslotung der weiteren Belastungsfähigkeit durch die Familie erleichtert es der brustkrebserkrankten Frau, sich mit der neuen Realität ohne übermäßige Verleugnung auseinanderzusetzen und dabei die eigenen weiterhin verbliebenen Stärken positiv zu erleben.

Seinen besonderen Wert erhält die offene Kommunikation mit den Familienangehörigen auch dadurch, daß sie eine lebenslange, leicht erreichbare Aussprachemöglichkeit für die betroffenen Frau bedeutet, falls sich die Angehörigen nicht nach der akuten Krankheitsphase zurückziehen.

Im Rahmen der Brustkrebserkrankung gibt es für jede Frau immer wieder Momente, wo sie sich besonders mit ihren Sorgen und Ängsten beschäftigt, wobei ihr eine Aussprache ihrer Gedanken gut tut. Ein Punkt ist zum Beispiel die Angst vor dem Fortschreiten der Erkrankung, die besonders vor den Nachsorgeterminen wieder akut wird.

#### 10.1.2 Verständnis des Partners

30% der Frauen nannten auf die obige Frage die große Hilfe, die ihnen aus dem Verständnis widerfuhr, das ihr Partner ihnen entgegenbrachte.

Die große Bedeutung eines Partners zur Aussprache über seelische Schwierigkeiten wurde ja schon oben dargestellt (siehe 7.4). Viele Frauen schildern, große Ängste vor oder nach der Brustamputation gehabt zu haben, ihr Partner könnte sie verlassen. Gerade die lebensbegleitende Solidarität durch einen Menschen, dem schon vor der Erkrankung Vertrauen geschenkt worden war, bedeutet eine große Stütze.

Deshalb ist es wichtig, auf Störungen in der Partnerschaft besonders zu achten, damit einer Frau diese Hilfe bei der Krankheitsbewältigung nicht unnötig verloren geht, worauf ich unter Punkt 11 nochmal zurückkomme.

### 10.1.3 Eine Aufgabe haben

Im familiären Bereich Aufgaben zu haben, nannten 13% der befragten Frauen als Tatsache, die ihnen sehr genützt habe.

Aufgaben werden zum Teil erlebt als Ablenkung von zu vielem Grübeln, dienen der zeitlich notwendigen Krankheitsverdrängung. Die Bewältigung von Aufgaben gibt auch Freude über die Bestätigung eigener Schaffenskraft, besonders nach der Krankenhausbehandlung, bei der sich viele Frauen als passiv erleben und in einem hohen Maße fremdbestimmt sind.

Eine Frau berichtete, wie gerne sie die Betreuung ihres Enkels tagsüber auch während der Bestrahlungszeit übernommen hatte. Sie war ihrer Tochter sehr dankbar, so belastungsfähig eingeschätzt worden zu sein. Ihren Enkel nahm sie mit ins Wartezimmer, wenn sie zu den ambulanten Bestrahlungsterminen ins Krankenhaus ging, die Situation erlebte sie viel weniger belastend. Durch diese Aufgabe meinte sie, leichter diese Zeit bewältigt zu haben.

Allgemein lassen sich da keine Richtlinien aufstellen, wieweit Belastungen gehen sollen, wichtig ist dabei, das bei jeder Frau individuell auszuloten und ihr Mut zuzusprechen, Versuche zu machen. Der einfache Rat, sich zu schonen, ist für manche Frau zuviel, für eine andere zuwenig.

Die Grenze zum Sich-Überfordern ist fließend. Das Verharren in einer Rolle, eigene Bedürfnisse hintenan zu stellen und sich chronisch zu überlasten, wird deutlich bei Frau F. (Beispiel 5).

Die Bedeutung einer Aufgabe liegt ja nicht nur im täglichen Leben und seiner Strukturierung, sondern auch in der Orientierung auf eine Zukunft, die Hoffnung und Kraft geben kann. Das Verlangen, eine Aufgabe zu haben, halte ich für ein existenzielles Bedürfnis eines jeden Menschen, das bei der Krankheitsbewältigung eine sehr große Rolle spielt.

Gerade Frauen, die sich am Anfang ihrer Erkrankung mit Selbsttötungsgedanken beschäftigten, berichten von der wichtigen Rolle, die in ihren Gedanken ihre Familie, und da besonders die Kinder, als sie im Leben haltende Kraft und Perspektive spielte.

### 10.1.4 Normal weiterleben

13% der Frauen erlebten es als hilfreich, in der Familie normal, so wie sie es verstehen, weiterleben zu können.

Für ihr Selbstwertgefühl war es wichtig, die alten Aufgaben erfüllen zu können, und sich nicht in einer Außenseiterrolle zu sehen. Typische Bemerkungen waren:

"Sie haben mich nicht bemitleidet" oder

Sie haben mich nicht als Monster angesehen."

In solchen Äußerungen werden auch die Ängste vor Ablehnung deutlich, die die Frauen vor ihrer Rückkehr nach Hause hatten. Ihnen half die Umgangsweise der Familie, sich weiterhin als vollwertig zu erleben oder die eigenen Selbstwertprobleme nicht zu einer unerträglichen Dimension anwachsen zu lassen.

#### 10.1.5 Hilfe bei der Hausarbeit

13% der Frauen nannten die Unterstützung bei der Hausarbeit, die es ihnen erleichterte, mit ihrer Erkrankung fertig zu werden. Auf diese Form der Hilfestellung gehe ich noch unter 10.2.4 besonders ein.

#### 10.1.6 Keine Hilfestellung

Keine Hilfestellung durch die Familie erhalten zu haben, meinten 13% der befragten Frauen. Alle diese Frauen haben große Probleme mit ihren Partnern. Zwei dieser Frauen sind Frau N. und Frau L. (Beispiel 2 und 6). Störungen in Partnerbeziehungen sind zum Teil Ausdruck aber auch Ursachen schlecht gelingender Krankheitsbewältigung. Darauf gehe ich besonders unter Punkt 11 ein.

#### 10.2 Fehlende Unterstützung in der Familie

Neben den genannten Hilfestellungen im familiären Bereich interessieren auch die Bedürfnisse der an Brustkrebs erkrankten Frauen, die in ihren Familien nicht befriedigt werden.

23 Frauen machten Aussagen auf die Frage: "Was fehlt Ihnen in Ihrer Familie?". Die Antworten sind in Tabelle 10 kategorisiert und nach der Häufigkeit der Nennungen angeordnet:

Tabelle 10: Unerfüllte Bedürfnisse in der Familie

| Bedürfnisse                                          | Häufigkeit |              |
|------------------------------------------------------|------------|--------------|
|                                                      | absolut    | % von n = 30 |
| "Es fehlt nichts"                                    | 7          | 30           |
| Verlangen nach Verständnis und Aussprache            | 8          | 35           |
| Verlangen nach Kontakten zu Verwandten               | 4          | 17           |
| Verlangen nach Unterstützung bei häuslichen Aufgaben | 3          | 13           |
| Verlangen nach einem Partner                         | 2          | 9            |

#### 10.2.1 "Es fehlt nichts"

30% der Frauen meinten, ihnen fehle innerhalb der Familie nichts. Das sagten auch Frau A. und Frau K. (Beispiele 3 und 4), die eigene Probleme eher wegzuschieben versuchen.

Daß jemand nichts vermißt, kann für ihn sehr erfreulich sein, auffallend war aber auch, daß eine so direkte Frage auch abwehrende Antworten provozierte.

Wenn man das Antwortverhalten von der anderen Seite betrachtet, ist zu sehen, daß 70% der 23 Frauen doch Angaben machen könnten über wichtige unerfüllte Bedürfnisse in familiären Bereich.

#### 10.2.2 Verlangen nach Verständnis und Aussprache

35% der Frauen vermißten Gespräche im Familienkreis, in denen sie sich offen ausdrücken können und das Verständnis der Angehörigen erfahren.

Bei der Hälfte von ihnen bezog sich das direkt auf den Lebenspartner, wozu ich unter Punkt 11 noch eingehen werde. Frau F. und Frau L. sind in diesem Zusammenhang zu erwähnen (Beispiel 5 und 6). Die anderen Frauen meinten Familienangehörige wie Tochter, Vater und Schwester.

Diese Frauen vermißten erheblich Verständnis für ihre Situation bei ihren Angehörigen. Im Familienkreis halten sie sich zurück und versuchen zum Teil, außerfamiliäre Unterstützung zu erhalten. Das gelingt aber nicht je-

der Frau, wie bei Frau G. (Beispiel 1) zu sehen ist.

Eine Frau beschreibt ihren Vater als jemanden, der nur hören möchte, daß es ihr gut gehe. Mit so einem Verhalten versuchen auch andere Angehörige, der Auseinandersetzung mit der Erkrankung des Familienmitgliedes aus dem Wege zu gehen, das führt zu einem die erkrankte Frau bedrückenden Nicht-darüber-Reden.

Manchmal wurde der Frau nach der Brustamputation nur eine kurze "Schonfrist" gewährt, dann im Alltagsleben fortgefahren, als sei nie etwas vorgefallen, die anhaltenden Beschwerden und Einschränkungen ungenügend gewürdigt.

Die fehlende Anteilnahme an den Sorgen der brustkrebserkrankten Frau durch ihre Angehörigen trägt erheblich bei an einer zunehmenden Isolierung. Das ist bei Frau N. (Beispiel 2) zu sehen. Gerade solche Frauen benötigen eine verständnisvollen Aufnahme durch ihre außerfamiliäre Umgebung, um die Versagungen der primären Bezugspersonen ausgleichen zu können.

#### 10.2.3 Verlangen nach Kontakten zu Verwandten

17% der Frauen äußerten das Bedürfnis nach mehr Kontakten zu Verwandten. Das betrifft teilweise Tochter und Enkel, Schwester und auch entferntere Verwandte. Hinter diesem Verlangen kommt die bestehende soziale Isolierung zum Vorschein. Das wird deutlich bei Frau O. (Beispiel 7).

Diese geringen Verwandtschaftskontakte scheinen in keinem Zusammenhang mit der Erkrankung zu stehen, sind eher äußerlich bestimmt und/oder waren schon vor der Erkrankung sehr sporadisch.

#### 10.2.4 Verlangen nach Unterstützung bei häuslichen Aufgaben

Nur 3 Frauen äußerten das Bedürfnis nach mehr Unterstützung bei häuslichen Aufgaben.

Eine Frau, die mit der Versorgung zweier kleiner Kinder sehr in Anspruch genommen ist, möchte mehr Freiraum für sich haben.

Eine andere wagt es nicht, ihren Bruder um Hilfe zu bitten, wünscht sich, daß er sich ihr anbiete. Die dritte ist Frau F. (Beispiel 5), die sich von ihrem Mann unzureichend unterstützt fühlt.

Allgemeine Häufigkeit bei der Hilfestellung in der Hausarbeit und die sub-

jektive Einschätzung der Schwierigkeiten dabei beschreibe ich unter 10.4.

#### 10.2.5 Verlangen nach einem Partner

Zwei Frauen äußerten spontan auf die Frage, was ihnen in der Familie fehle, daß sie gerne einen Lebenspartner hätten, mit dem sie gemeinsam das Leben bewältigen könnten.

Dieses Bedürfnis äußerten im Gespräch noch mehr alleinstehende Frauen.

Wichtig erscheint dabei, nicht nur das Verlangen als selbstverständlich zu akzeptieren, sondern auch das Selbstwertgefühl mit zu stärken, damit die betroffene Frau es auch wagt, das Risiko einer Ablehnung und einer neuen Beziehung einzugehen. Darauf komme ich unter Punkt 11 zurück.

#### 10.3 Bedeutung der Familie

Nur von 20 Frauen liegen Äußerungen auf die Frage vor: "Was bedeutet Ihnen die Familie?"

10 Frauen (50%) sagten, ihnen bedeute die Familie viel und sehr viel. 9 Frauen (45%) sahen in ihrer Familie ihren Lebenssinn ("ich habe ja nichts anderes"), nur eine Frau (5%), die zum Gesprächszeitpunkt sehr ambivalent ihrer kinderlosen Ehe gegenüber eingestellt war, meinte, nichts dazu sagen zu können, es nicht zu wissen.

Der hohe Wert, den die befragten Frauen ihren Familien zuschreiben, zeigt aber auch, wie sehr sie ihrerseits wohl von der Wertschätzung durch die Familie abhängig sind.

Versagungen durch Familienmitglieder werden deshalb auch besonders große Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl der betroffenen Frau haben.

#### 10.4 Hausarbeit

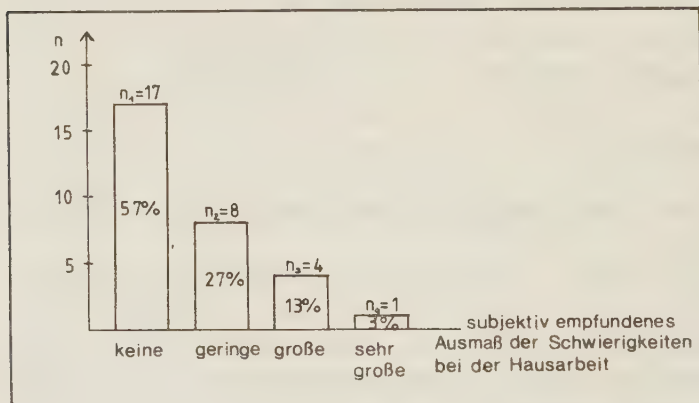
Die Rolle der Frau in unserer Gesellschaft beinhaltet, daß sie Hausarbeit für sich und die anderen Haushaltsmitglieder leistet. Bei der Untersuchung der psychosozialen Situation von an Brustkrebs erkrankten Frauen interessiert, wieweit sie mit dieser Arbeit zurechtkommen und ob sie dabei Unterstützung erhalten.

#### 10.4.1 Schwierigkeiten bei der Hausarbeit

Alle 30 befragten Frauen nahmen zu der Frage Stellung: "Wie kommen Sie mit Ihrer Hausarbeit zurecht?"

57% der Frauen sagten, häusliche Arbeiten bereiten ihnen keine Schwierigkeiten, 27% räumten geringradige ein. Große Probleme mit der Hausarbeit zu haben, meinten 13%, sehr große hatte damit nur eine Frau.

Bild 13: Schwierigkeiten bei der Hausarbeit



bezogen auf  $n = 30$

Die große Mehrzahl der befragten Frauen (84%) sagte, nur geringe oder keine Schwierigkeiten mit der Hausarbeit zu haben. Die leichteren Probleme betrafen Tätigkeiten, die nicht sehr häufig verrichtet werden, wie z.B. Fenster putzen und Vorhänge aufhängen.

Drei der vier Frauen, denen die Hausarbeit schwer fiel, waren aus der Gruppe der mehr als 50 jährigen Frauen. Eventuell erschweren auch altersbedingte körperliche Veränderungen die Arbeitserledigung. Die vierte Frau war kurz vor dem Gespräch an einer solitären Gehirnetastase operiert worden und befand sich noch im Stadium der Rekonvaleszenz. Zuvor hatte sie keine Probleme mit der Haushaltsführung.

Einen Zusammenhang der geschilderten Probleme mit der Hausarbeit, die sich hauptsächlich in sehr schneller Erschöpfbarkeit ausdrücken, mit einer psychisch schlechten Krankheitsbewältigung möchte ich jedoch annehmen, ohne es

beweisen zu können.

Ein Hinweis dafür ist Frau G. (Beispiel 1), die als einzige sehr große Probleme mit der Hausarbeit schildert, nur unter großem Aufwand die täglichen Aufgaben erfüllen könne.

Allgemein wurden kurz nach der Brustamputation häufiger Arbeitsschwierigkeiten beschrieben, die sich im Laufe der Zeit jedoch legten.

Es gab aber auch Frauen, die sofort nach der Brustamputation, als sie wieder zu Hause waren, alle Haushaltsaufgaben erfüllten, auch um ihrem eigenen Selbstbild einer voll leistungsfähigen Hausfrau entsprechen zu können.

Hausarbeit scheint mir von den meisten befragten Frauen als vorgeschriebenes Soll erlebt zu werden, einige berichten aber in diesem Zusammenhang von einem flexiblen Umgang in der Form, daß sie den Zeitpunkt der Arbeitsleistung auch von ihrer Lust dazu abhängig machen.

Besondere Überlastungssituationen treten dann auf, wenn eine brustkrebserkrankte Frau noch sehr kleine Kinder zu versorgen hat. Dann bleibt ihr gerade in der Erholungszeit nach der Amputation kaum Zeit, Ruhe zu finden. Ebenso wird eine intensivere Unterstützung bei der Hausarbeit nötig, wenn noch ein Familienmitglied, von der selbst erkrankten Frau voll gepflegt werden muß.

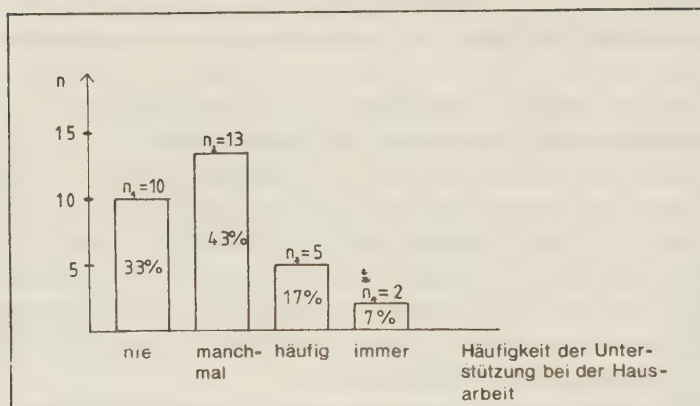
Abgesehen von der Notwendigkeit einer gerechteren Arbeitsverteilung, die sich ja mit der gesellschaftlichen Veränderung der Rollentrennung zwischen Mann und Frau abzeichnet, ist in besonderen Situationen eine gezielte Entlastung der Frau mit Brustkrebs bei ihrer Hausarbeit zu verlangen, um eine chronische Überlastung und Minderung der Lebenskraft zu vermeiden. Diese Aufgabe sollten die Haushaltsteilnehmer vollbringen und falls das deren Möglichkeiten überfordert, wird das Tätigwerden sozialer Einrichtung nötig. Zu überlegen, welche Unterstützung eine an Brustkrebs erkrankte Frau im häuslichen Bereich benötigt, ist eine unerläßliche Aufgabe der psychosozialen Nachsorge.

#### 10.4.2 Unterstützung bei der Hausarbeit

Auf die Frage: "Werden Sie bei Ihrer Hausarbeit unterstützt?", antworteten alle 30 Frauen. Das Ergebnis zeigt Bild 14.

33% der Frauen sagten, nie eine Unterstützung bei der Hausarbeit zu erhalten, 67% der Frauen wird im Haushalt in unterschiedlicher Häufigkeit und Intensität geholfen.

Bild 14 Unterstützung bei der Hausarbeit



bezogen auf  $n = 30$

Die Helfenden sind Kinder, Lebenspartner und nahe Verwandte. Kinder und nahe Verwandte wohnen zum Teil nicht im selben Haushalt wie die Frau, der sie Arbeit abnehmen.

13% der befragten Frauen bezahlen professionelle Haushaltshilfen wie "Fensterputzer" oder eine "Putzfrau".

Auch auf Grund ihrer materiellen Situation sind die befragten Frauen auf Hilfe aus ihrem Familienkreis angewiesen.

Wie schon oben erwähnt (siehe 10.2.4), verlangte nur ein kleiner Teil der Frauen mehr Unterstützung bei der Hausarbeit, keine dieser Frauen sagte, große oder sehr große Schwierigkeiten mit dieser Arbeit zu haben. Es ging eher um eine gerechtere Aufteilung von Aufgaben im Haushalt.

Es scheint so, als würde die überwiegende Mehrzahl der Frauen ausreichende Unterstützung bei der Hausarbeit erhalten. Das ist eine sehr relative Feststellung, weil die Beurteilung erschwert ist durch die nicht vorhandene Bestimmung der Intensität, und darüber hinaus das Verlangen nach Hilfe auch vom Rollenselbstverständnis der jeweiligen Frau abhängig ist:

Das illustrieren folgende Beispiele, in denen Hilfe zwar angeboten, aber von den betreffenden Frauen nur ungern oder gar nicht in Anspruch genommen wurde. Hilfe anzunehmen, muß teilweise neu gelernt werden und kollidiert bei manchen Frauen mit ihrem Selbstbild als leistungsfähige Hausfrau.

So wollte eine Frau nicht die Gutscheine bei ihren Kindern einlösen, die

diese ihr geschenkt hatten mit Anrechten auf bestimmte Haushaltstätigkeiten. Und eine andere Frau konnte nur schwer das Angebot ihrer Kinder akzeptieren, selbst die eigenen Zimmer zu reinigen.

Beide wollten keine Einbußen in ihrem Aufgaben- und Machtbereich annehmen. Fehleinschätzung der Leistungsfähigkeit einer brustkrebserkrankten Frau kann auch zu Unterforderungen führen; eine Frau berichtete, sich nur mit großer Mühe gegen die Versorgungsbemühungen ihrer Tochter durchzusetzen zu können. Das war aber die Ausnahme bei den beschriebenen Erfahrungen.

Trotzdem weist dieses Beispiel hin auf das bei vielen Frauen vorhandene Spannungsfeld zwischen regressiven Wünschen nach Versorgt-werden angesichts der bedrohlichen Krankheit und dem Verlangen nach Autonomie und Selbstbestimmung.

Die Unterstützung bei der Hausarbeit ist eine Form der Hilfestellung durch das Familiennetz. Die wesentlichere ist sicher die offene wechselseitige Kommunikationsmöglichkeit mit den Angehörigen.

Als Zusammenfassung der dargestellten Erfahrungen und Wünsche brustkrebserkrankter Frauen hinsichtlich ihres Familiensystems möchte ich die Hypothese 6 neu formulieren:

An Brustkrebs erkrankte Frauen finden in ihrer Familie zum Teil sehr große Unterstützung, teilweise treffen sie aber auch auf Unverständnis und zu geringe Hilfestellung.

### 10.5 Vorerfahrungen mit Krebserkrankungen in der Familie

80% der befragten Frauen hatten Vorerfahrungen mit Krebserkrankungen in ihrer Familie.

40% kannten schon vor ihrer Erkrankung Brustkrebs aus dem engeren Verwandtschaftskreis, zum Teil durch direktes Miterleben, teilweise nur durch die berichtete Familiengeschichte. Drei Frauen sprachen sich besonders Mut zu, da Verwandte sehr lange diese Erkrankung überlebt hatten (die Tante einer Frau lebte jetzt noch, 20 Jahre nach ihrer Amputation, die Tante einer anderen starb erst 22 Jahre nach der Brustabnahme).

Bei 37% der befragten Frauen waren die Mütter an einer Form von Krebs erkrankt (5 mal Brust-, 4 mal Unterleibs-, 1 mal Knochen- und 1 mal Magenkrebs) und bis auf zwei auch daran gestorben.

Bei 20% der Frauen war auch der Vater an einem bösartigen Tumor verstorben. Eine Frau berichtete, daß ihr Vater sich, als sie 15 Jahre alt war, das

Leben genommen hatte, nachdem er die Diagnose Lungenkrebs erfahren hatte. Ihr weiterer Lebensweg war dadurch sehr beeinflusst.

Besonderen Belastungen sind die 17% der befragten Frauen ausgesetzt, deren Mütter an Brustkrebs erkrankt waren. Nur bei einer Frau lebte die Mutter noch, 6 Jahre nach ihrer Amputation. Alle diese Frauen haben die Erkrankung ihrer Mutter sehr intensiv miterlebt, sie lange gepflegt und selbst mitgelitten. Sie neigen dazu, sich mit dem Schicksal ihrer Mütter zu identifizieren.

Erschütternd sind die Berichte der Frauen, die ihren Müttern die Diagnose Krebs verheimlicht und immer mit ihnen "Versteck gespielt" haben, ohne jemals frei und ehrlich miteinander reden zu können. Diese Frauen betonten hingegen jetzt, wie wichtig es ihnen sei, die Wahrheit zu wissen, sonst gäbe es nur quälendes Mißtrauen.

Diese belastenden Vorerfahrungen führen mit zu unterschiedlichen Verhaltensweisen: eine Frau dachte sich, nicht so lange wie ihre Mutter zu warten, um nicht das gleiche Schicksal zu erleben wie diese, drängte sehr auf eine Abklärung ihres verdächtigen Knotens, eine andere hingegen zögerte mit dem vergangenen Schrecken vor Augen besonders lange, zum Arzt zu gehen. Vorerfahrungen sind nur ein Mosaiksteinchen bei der Bestimmung von Motivationen.

Die familiäre Häufung der Erkrankung führt bei einigen Frauen zu Schuldgefühlen gegenüber ihren Töchtern und Ängsten, sie könnten die Erkrankung schon "weitergegeben" haben. Das bedarf einer Klärung im ärztlichen Gespräch.

Die Frauen mit Krebserkrankungen in der Familie haben teilweise schon vor ihrer Erkrankung ein großes auf Erfahrung beruhendes Wissen, aber auch Vorurteile bezüglich ärztlicher Therapiemaßnahmen. Das Vorwissen und die dazugehörigen Meinungen sollten bei der Anamnese unbedingt erfragt werden, da sie zum Verständnis der Einstellung und des Verhaltens mancher Frauen erheblich beitragen können (eigentlich gilt das auch für die Exploration von Frauen ohne Erfahrungen mit Krebskranken, da sie in der Regel ja auch Vorurteile haben und Ängste, die das Verhalten beeinflussen).

Im Beistehen während einer Krebserkrankung und beim Brustkrebs einer Angehörigen im besonderen erlebten die Frauen schon vor ihrer eigenen Erkrankung Bewältigungsstrategien, die ihnen ein Vorbild oder ein abschreckendes Beispiel waren, die sie jedenfalls für sich als Muster in einer bestimmten Weise mitverarbeiten konnten.

In diesen Vorerfahrungen vermute ich auch eine sehr stützende Funktion, denn gerade Frauen, die besondere Schwierigkeiten hatten, mit ihrer Erkrankung zurecht zu kommen, sie sehr verheimlichten oder sich zurückzogen, verfügten über keine Vorerfahrungen mit Krebs in der Familie (siehe Frau G. und Frau A., Beispiel 1 und 3).

Es sollten die stützenden Kräfte der Vorerfahrungen mit einer Krebserkrankung wissenschaftlich genauer untersucht werden, da dies ja auch Hinweise geben könnte für therapeutische Hilfen zur Krankheitsbewältigung.

## 11. SEXUALITÄT

Wie schon im Teil I unter Punkt 6.2 dargestellt, führt der Verlust der Brust bei der an Brustkrebs erkrankten Frau zu einer Veränderung ihres Körperbildes, was einer Bewältigung bedarf. Mit Auswirkungen auf das sexuelle Verhalten als sehr körpernahe menschliche Ausdrucksform ist zu rechnen.

Sexualität ist für manche Menschen ein stark tabuisiertes Gebiet, was sich auch in den Interviews in der Form zeigte, daß dieses Thema manchmal nur sehr allgemein angesprochen wurde. Um sich auch darüber offen mitteilen zu können, benötigten einige Frauen ein besonders großes Vertrauen, das sie bei diesem einmaligen Kontakt nicht finden konnten.

Im Gespräch mit einer brustkrebserkrankten Frau über den Verlust ihrer Brust - das wurde mir gerade bei diesem Thema deutlich - muß man immer ihr früheres Leben, die Entwicklung ihrer körperlichen Wertschätzung und ihre Einstellung zur Sexualität berücksichtigen.

In meiner Untersuchung kann ich der Komplexität des Themas Sexualität nicht gerecht werden.

In der Darstellung und Diskussion der folgenden Ergebnisse möchte ich darum nur einige Hinweise geben, die beim Gespräch mit an Brustkrebs erkrankten Frauen zu beachten sind.

### 11.1 Bedeutung der Brust für die Sexualität der Frau

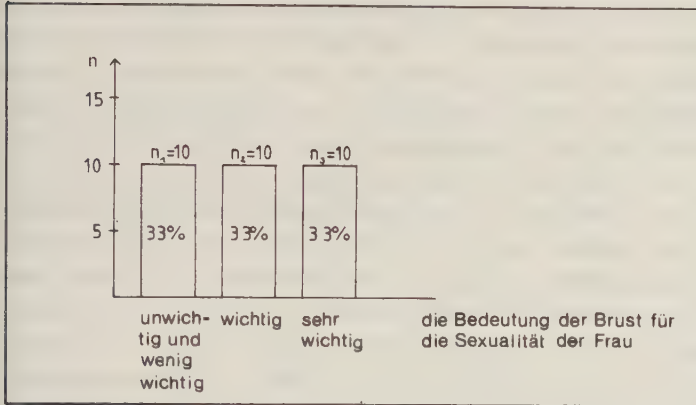
Allen Frauen stellte ich die Frage: "Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach die Brust für die Sexualität der Frau?".

Drei Meinungen wurden von je einem Drittel der Frauen vertreten: Für die Sexualität sei die Brust sehr wichtig, wichtig und wenig wichtig, bzw. unwichtig.

Die Einschätzung der Brust in ihrer Bedeutung für die Sexualität der Frau ist ein Ausdruck der Gesamtpersönlichkeit und hängt sehr von den Wertvorstellungen der einzelnen Frau ab.

Die Frage war sehr allgemein gestellt, und vermutlich bezogen sich die Antworten auch auf verschieden implizierte Unterfragen (z.B. "Was bedeutet der Brustverlust für sie?", "Wie schätzten Sie die verlorene Brust für sich ein?" oder "Was macht eine Frau zur Frau?").

Bild 15: Bedeutung der Brust für die Sexualität der Frau



bezogen auf n = 30

Die Wahrnehmung unterschiedlicher Bewertung weist auf verschieden erlebte Verlustsituationen hin und auf individuell notwendige Bewältigung. Aus dem Antwortverhalten lassen sich keine direkten Rückschlüsse auf das Ausmaß der Verarbeitung der Amputation ziehen.

Auffallend war aber, daß 43% der befragten Frauen, die die Bedeutung der Brust für ihre eigene Sexualität ganz unterschiedlich bewerteten, die große Rolle aber betonten, die ihrer Meinung nach die Brust für die Sexualität der Männer spiele. Die Mehrzahl dieser Frauen war verheiratet.

Der Verlust der Brust wird in hohem Maße als Minderung eigener sexueller Attraktivität mit der Gefahr entsprechender Einbuße an Selbstwertgefühl erlebt. Ein Großteil der alleinstehenden Frauen hatten keinen Mut, trotz des Wunsches danach neue Partnerbeziehungen einzugehen. Das mag mit der Annahme fehlender Attraktivität zusammenhängen.

Frauen aber, die von neuen Partnerbeziehungen nach ihrer Brustamputation berichteten, sahen sich voll in ihrer Attraktivität bestätigt und erlebten das als Stärkung ihres Selbstbewußtseins. Das zeigt auch die Bedeutung der Partner bei der Krankheitsbewältigung, was ich weiter unten noch genauer zeigen werde.

Nur 10% der befragten Frauen sprachen direkt die Einbuße an sexuellem Empfinden an, die sie durch die nun fehlende Stimulierbarkeit der Brust er-

litten. Besonders traumatisch war es für eine Frau, die nach der ersten Brustamputation auch die zweite wegen eines Mammakarzinoms verlor. Sie stimmte der subkutanen Mastektomie mit gleichzeitiger Aufbauplastik in der Hoffnung zu, dabei die Sensibilität der Brustwarze zu bewahren. Solche Hoffnungen müßten, auch wenn die betreffende Frau sie nicht erwähnt, unbedingt im präoperativen ärztlichen Gespräch angesprochen werden. Eine kosmetische Aufbauplastik nützt einer Frau dann wenig, wenn sie wie die gerade erwähnte, die neue Brust nur als "Ding" und "Fremdkörper" erlebt, den sie am liebsten wieder weghaben möchte. Ein offenes Gespräch über Hoffnungen ermöglicht es auch, später über eingetretene Enttäuschungen zu reden, was eine realitätsangepaßte Bewältigung erleichtert.

Zusammenfassend möchte ich Hypothese 7 neu formulieren:

An Brustkrebs erkrankte Frauen beurteilen die Bedeutung der Brust für die Sexualität der Frau unterschiedlich, die Mehrheit hält sie diesbezüglich für wichtig oder sehr wichtig.

## 11.2 Empfindungen bezüglich der Amputationsnarbe

Allen 30 Frauen stellte ich die Frage, ob sie sich und ihre Narben im Spiegel betrachten und was sie dabei fühlen.

Alle Frauen konnten ihre Narben betrachten, bzw. befühlen (eine Frau war blind).

Der erste Kontakt mit der Narbe trat bei den befragten Frauen in der Regel im Krankenhaus beim Verbandswechsel auf. Viele beschrieben als erste Reaktionen Ablehnung und Erschrecken, teilweise auch Überraschung, daß es nicht so schlimm aussah, wie zuvor befürchtet.

Zwei Frauen berichteten, sie hätten erst nach einem Vierteljahr den Verlust ins Auge fassen können, die Hautpflege übernahm teilweise eine Tochter. Eine von den beiden ist Frau W. (Beispiel 8).

Jede Frau sollte soviel Zeit haben, wie sie benötigt, um sich ihrer Narbe stellen zu können. Mir scheint es nicht hilfreich, wenn ein Arzt, wie mir berichtet wurde, eine Frau davon abhält mit den Worten: "Schauen Sie nicht hin!".

Wenn der eigene Körper der Frau als zu häßlich für sie selbst präsentiert wird, trägt das mit dazu bei, sie von ihrem Körper zu entfremden, was ihre Krankheitsbewältigung erschwert.

Die geäußerten Gefühle beim täglichen Kontakt mit der Narbe sind in Tabelle 11 kategorisiert, es gab Mehrfachnennungen.

Tabelle 11: Gefühle angesichts der Narbe

| Gefühle             | Häufigkeit |              |
|---------------------|------------|--------------|
|                     | absolut    | % von n = 30 |
| Sich so akzeptieren | 17         | 57           |
| Ablehnung           | 14         | 47           |
| Wut                 | 6          | 20           |
| "Nichts"            | 6          | 20           |
| Trauer              | 5          | 17           |
| Erschrecken         | 1          | 3            |
| Sich so mögen       | 1          | 3            |

57% der befragten Frauen betonten, sich mit den Narben abgefunden zu haben, sie erträglich zu finden, sich nun so zu akzeptieren, wie sie sind. Ein Teil von ihnen versuchte es mit Willensanstrengung ("Ich habe bewußt ja dazu gesagt"), der Großteil hat aber auch Kontakt zu anderen Gefühlen wie Trauer, Ärger oder Ablehnung.

Die Gefühle zu ihrem Körper wechseln und sind abhängig von den sich ändernden Grundstimmungen in ihrem Leben.

Abgefunden hatten sich auch zwei der vier beidseits amputierten Frauen, die meinten, nach der Entfernung der zweiten Brust hätten sie sich "besser" gefühlt, nicht mehr so "asymmetrisch", sondern "egal auf beiden Seiten".

47% der Frauen sagten, sie würden sich zeitweise oder andauernd ablehnen wegen ihrer Narben. Dazu gehörte auch Frau G. (Beispiel 1). Besonders litten die Frauen darunter, die nach einer schon gut verheilten Amputationswunde sich damit abzufinden begonnen hatten, aber durch neuerliche Operationen sich nun entstellt fühlten. Neu aufgekeimte Hoffnungen waren zerschlagen worden. Die Selbstablehnung hatte verschiedene Intensitäten, was folgende Äußerungen ausdrücken:

- "Ich fühle mich optisch in meiner Harmonie gestört",
- "Ich fühle mich nicht schön",
- "Ich finde mich nicht mehr gut",
- "Ich habe widerliche Narben",
- "Ich bin keine Frau mehr",
- "Das kann ich keinem zumuten",

"Ich kann mich selbst nicht mehr leiden".

Für die Bewältigung der äußerlichen und innerlichen Narben und der damit verbundenen Selbstzweifel ist es notwendig, diese negativen Gefühle zulassen zu können. Sie sind ein Ausdruck der Auseinandersetzung mit der Erkrankung, drücken das Getroffensein aus, sind also nicht nur als Beschreibung der körperlichen Wunden zu verstehen.

Hinweise von betrachtenden Personen, die Narbe sei schön, können, wenn diese es auch wirklich so empfinden, eine große Unterstützung für die brustamputierte Frau sein, die körperliche Wunde annehmen zu können.

Verständlich wird in diesem Zusammenhang der von einigen Frauen geäußerte Wunsch, Ärzte sollten sich um eine Nahttechnik bemühen, die zu guten kosmetischen Ergebnissen bei der Wundheilung führt.

Die Klagen über eine körperliche Entstellung beinhalten immer die Mitteilung der seelischen Verletzungen. Wenn man derartige Äußerungen negiert, sich nur um eine kosmetische Korrektur in der Nachsorge bemüht, dann nimmt man die an Brustkrebs erkrankte Frau nur unzureichend wahr, verweigert ihr helfende Zuwendung und verstärkt ihre Isolation.

20% der befragten Frauen beschrieben Wut und Ärgergefühle beim Betrachten ihrer Narben. Diese Emotionen können sie teilweise ganz offen im Familienkreis zeigen. Eine Frau erzählte, wie sie manchmal voller Zorn ihre Prothese durch die Wohnung wirft. Ärger tritt bei manchen auch auf, wenn sie sich in der Bekleidungs Auswahl behindert fühlen. In diesem Zusammenhang stieß auch die chirurgische Schnittführung auf Kritik.

20% der Frauen meinten, sie würden "nichts" empfinden. Das beinhaltet, daß sie auf die Frage abwehrend konkretistisch antworteten ("mein Spiegel ist nicht so groß.") oder scheinbar keinen Zugang zu ihren Gefühlen hatten, ihnen aus dem Weg zu gehen versuchten ("ich empfinde gar nichts, die ist gut verheilt, sagt der Arzt, sie ist ab, erledigt, was weg ist, ist weg." Frau A. Beispiel 3). 17% der Frauen erwähnten Trauer, die sie gelegentlich beim Betrachten der Narben empfinden. Eine Frau verlangte intensiv nach einer Aufbauplastik, die ihr vor der Amputation versprochen, dann aber vorenthalten worden sei (vgl. 12.6).

Nur eine Frau berichtete, es sei jedesmal wieder ein "Schock" für sie, die Narbe zu sehen, sie bekäme immer eine Gänsehaut. Sie stand unter starken inneren Spannungen und vermißte sehr das Gespräch in der Familie. Auch sah sie das Schicksal ihrer Mutter und Tante vor sich, die sie beide bis zu

ihrem Tode an Brustkrebs zuhause gepflegt hatte.

Eine Frau sagte, ihren Körper zu mögen, sie empfinde ihre Narbe als schön und habe auch keine Hemmungen, sich im FKK- Club nackt anderen Menschen zu zeigen. Sie konnte sich auch in Gesprächen öffnen und erhielt so viel Zuwendung aus ihrem Freundeskreis. Mit ihrer offensiven Bewältigungsstrategie lernte sie sehr gut mit ihrer Erkrankung umzugehen. (Frau U., Beispiel 9).

Die positive Einstellung zum eigenen Körper ist ein Ergebnis einer guten Krankheitsbewältigung, die im Prozeß der Erkrankung immer wieder gefährdet sein kann. Der Kontakt zu den eigenen Gefühlen erlaubt es der an Brustkrebs erkrankten Frau, sich mit ihnen auseinanderzusetzen und sie zu verarbeiten. Schwerer ist das für die Frauen, die auch noch Jahre nach ihrer Amputation ihre Gefühle von sich fernhalten. Die Möglichkeit der befragten Frauen, verschiedene Emotionen zu erleben, zeigt ihre vitale Flexibilität. Die langzeitige Fixierung auf eine negative Selbsteinschätzung sollte den Helfern in der Nachsorge Anlaß geben, mit der betreffenden Frau besonders darüber zu sprechen.

Zusammenfassend möchte ich Hypothese 8 neu formulieren:

Brustamputierte Frauen können ihre Narben betrachten und entwickeln im Abstand zur Mastektomie neben anderen Gefühlen auch solche der Akzeptierung.

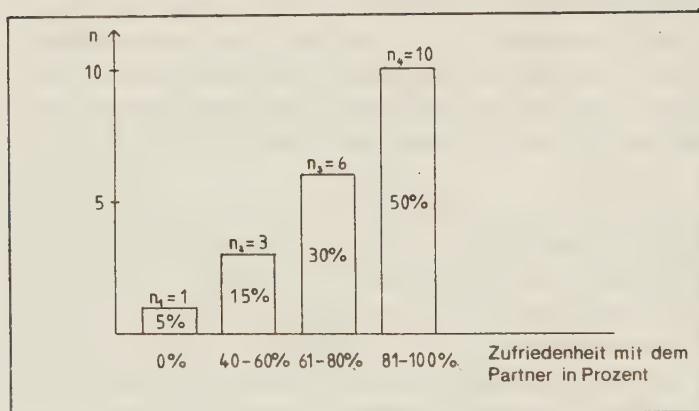
### 11.3 Zufriedenheit mit bestehenden Partnerverhältnissen

Um die Zufriedenheit mit den bestehenden Partnerverhältnissen zu erfassen, fragte ich nach dem Ausmaß der Zufriedenheit und bat darum, eine Angabe zwischen 0 und 100 Prozent zu machen.

20 der 30 befragten Frauen nannten eine Partnerbeziehung und stuften ihre Zufriedenheit unterschiedlich ein wie Bild 16 zeigt:

80% der Frauen stuften sich im oberen Drittel der Zufriedenheit ein, darunter lagen 20%. Eine Frau, die sich zu 60% zufrieden bezeichnete, war Frau A. (Beispiel 3). Die Frauen, die noch weniger zufrieden waren, berichteten erhebliche Paarschwierigkeiten: Frau N. (Beispiel 2) war 50% zufrieden, 0 Prozent Zufriedenheit gab Frau F. (Beispiel 5) an.

Bild 16: Zufriedenheit mit dem Partnerverhältnis



bezogen auf  $n = 20$  Frauen, die ein Partnerverhältnis zum Gesprächspunkt hatten.

Die überwiegende Mehrheit der befragten Frauen äußerte große Zufriedenheit, teilweise konnten sie sich auch kritisch mit ihrem Partner auseinandersetzen, manche meinten, mehr als sie bekämen, würde ihnen nicht zustehen.

Somit läßt sich Hypothese 9 bestätigen:

An Brustkrebs erkrankte Frauen sind in hohem Maße mit ihrer Partnerschaft zufrieden.

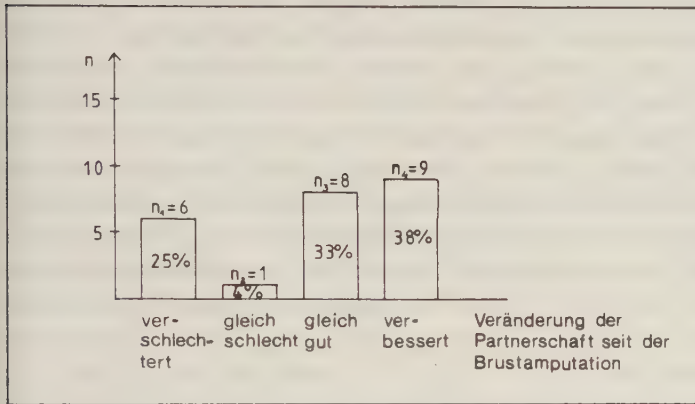
#### 11.4 Veränderung des Partnerverhältnisses seit der Brustkrebserkrankung

Im Zusammenhang mit den Folgen der Brustkrebserkrankung interessiert auch die Frage, wieweit sich in deren Folge Veränderungen in den einzelnen Partnerverhältnissen ergaben. Dazu stellte ich folgende Frage: "Sehen Sie eine Veränderung zu ihrem Partner seit ihrer Brustamputation?"

25 der 30 befragten Frauen nannten ein Partnerverhältnis vor ihrer Erkrankung (Ehe oder feste Freundschaft).

21 Frauen lebten mit ihren Männern im selben Haushalt, 4 Frauen nicht. Ein Ehemann verstarb seither, so daß hier nur von 24 Frauen Aussagen über die jeweilige Partnerbeziehung in der Folge der Erkrankung vorliegen.

Bild 17: Veränderung der Partnerschaft seit der Brustamputation



bezogen auf  $n = 24$  Frauen, die vor der Brustamputation ein Partnerverhältnis hatten und deren jeweiliger Partner danach nicht verstorben ist.

Eine Verschlechterung des Verhältnisses gaben 25% der Frauen an. Bei 17% der Frauen kam es nach der Brustamputation zu einer Beendigung der Beziehung (zweimal Scheidung, zweimal Trennung), zwei Frauen haben erhebliche Partnerprobleme, beide nannten sich aber zu 50% mit dem Partner zufrieden. Eine dieser zwei Frauen ist Frau N. (Beispiel 2).

Die Konstanz einer gleich schlechten Beziehung gab nur eine Frau an, Frau F. (Beispiel 5). Sie ist auch nur zu 0 Prozent mit ihrer Partnerschaft zufrieden.

33% der Frauen sagten, ihre Beziehung sei unverändert gut geblieben.

38% berichteten von einer verbesserten Beziehung, die Frauen drückten das mit Beschreibungen aus wie:

"Sie ist gefestigter geworden, inniger" oder

"sie ist inniger geworden, das bindet alles noch viel mehr".

Mit einer verbesserten Beziehung wurde manchmal auch die Klärung des Verhältnisses beschrieben in Richtung jetzt größerer Stabilität und vermehrter eigener Bereitschaft der Frau, sich zur Partnerschaft zu bekennen.

Die Beziehungsverschlechterung und eine Trennung können auch als ein Entwicklungsschritt aus einer schon vor der Erkrankung bestehenden Ambivalenz verstanden werden. Deswegen wurde eine Trennung von manchen Frauen auch als große Erleichterung erlebt.

Krisen in der Partnerschaft wurden auch als Zwischenstadium zu einer Beziehungsverbesserung berichtet. Mehrere Frauen erzählten von zunehmender eigener Selbstständigkeit in der Beziehung zu ihrem Partner, was zeitweise das Gefüge ins Wanken brachte, insgesamt aber die Freundschaft vergrößerte. Drei jüngere Frauen (10%) erzählten von der Aufnahme außerehelicher Beziehungen, als sie wahrnahmen, daß ihr Partner zu ihnen gehalten hatte, sie aber das Gefühl hatten, ihm nun immer dankbar sein zu müssen. Diese vermeintliche Verpflichtung zum Dank wurde als Fessel eigener Entscheidungsfähigkeit erlebt, als "nun bin ich immer auf ihn angewiesen." Mit Hilfe der Bestätigung in der neuen Beziehung zu einem Mann, in der sie sich voll als Frau anerkannt fühlten, konnte sich eine wieder für ihren Ehemann entscheiden, eine andere ließ sich scheiden, die dritte wußte beim Interview noch nicht, was sie wollte.

Eine andere Form der Beziehungsverschlechterung wird deutlich bei Frau G. (Beispiel 1). Sie zog sich von ihrem Freund zurück, konnte sich selbst nicht leiden, glaubte auch nicht, ein anderer Mensch könnte sie mögen. Sie beschrieb sich dabei als aktiv Handelnde.

Eher als passives Opfer männlichen Unverständnisses sieht sich Frau N. (Beispiel 2). Sie fühlt sich vollkommen unverstanden und kann sich auch nicht ihren Angehörigen mitteilen.

Bei all diesen Veränderungen erschien die Kommunikation mit dem Partner zumindest zeitweise gestört, das berichteten auch Frauen aus der Gruppe derer mit unverändert guten Beziehungen.

Zusammenfassend läßt sich Hypothese 10 neu formulieren:

An Brustkrebs erkrankte Frauen erleben in der Mehrzahl nach ihrer Brustamputation Veränderungen in ihrer Partnerschaft, sowohl im Sinne einer Verschlechterung als auch einer Verbesserung.

#### 11.5 Zur Kommunikation mit dem Partner

Die unterschiedlichen Umgangsformen der einzelnen Paare werden schon am Anfang der Brustkrebserkrankung deutlich. Eine Frau kann ihrem Partner ihre Ängste und Zweifel schon vor ihrer Brustamputation mitteilen, eine andere ist auch da mit sich allein.

Die Auseinandersetzung des Paares mit der durch die Krankheit neuen Situation kann ihm niemand abnehmen, aber sie könnte erleichtert werden. Eine

Hilfestellung wären gemeinsame offene Gespräche über die neue Lage zu dritt mit einem kompetenten Helfer als Beobachter und Wegweiser. Der Partner wird leider nur selten in die Arzt-Patient-Beziehung mit aufgenommen (vgl. 8.6). Der Partner einer brustkrebserkrankten Frau benötigt genauso wie sie Zeit für die Auseinandersetzung mit der Erkrankung. Der Frau hilft es, freimütig mit ihm reden können, ihm wohl ebenso. Auch die Männer entwickeln Ängste wie zum Beispiel vor dem Verlassenwerden, indem sie genauso wie die Frauen an Sterben und Tod schon zu Beginn der Krankengeschichte denken. Mehrere Frauen berichteten von den psychosomatischen Beschwerden ihrer Männer, während sie im Krankenhaus lagen, einige Frauen sagten sogar, ihr Mann wäre kränker als sie selbst gewesen.

#### 11.5.1 Kontakt mit der Narbe

Bei allen Frauen, die einen Partner hatten, sah dieser die Amputationsnarbe zumindest an. Meist schon im Krankenhaus nach der Amputation oder kurz nach der Entlassung. Nur zwei Frauen berichteten, es habe länger gedauert, bis sie sich ihren Männern zeigten, bzw. bis diese sie sehen wollten.

Teilweise ging der Wunsch, die Narbe zu sehen, vom Manne aus, manchmal drängten Frauen darauf, wollten seine Reaktion sehen.

In der ersten Zeit nach der Krankenhausentlassung waren fast alle Frauen ihrem Partner gegenüber sehr unsicher, sie zögerten sich nackt zu zeigen, manche versteckten ihre Wunde ganz bewußt vor ihm.

Auch Männer gingen ihren Frauen aus dem Weg, waren unsicher; eine Frau ließ immer mit Absicht die Badezimmertüre offen, aber keiner besuchte sie dort. Eine andere Frau sagte, ihr Mann hätte immer eine Gänsehaut bekommen, wenn er sie sah, so wie sie nun war.

Bei den meisten Frauen entwickelte sich aber ein selbstverständlicher Umgang mit ihrem Körper in der Familie. So kennen fast alle Kinder beiderlei Geschlechts, wenn sie in derselben Wohnung wie die Mutter wohnen, auch deren Narbe. Nur eine Frau sagte, sie habe ihre Narbe ihren Kindern noch nie gezeigt.

67% der befragten Frauen sind noch mit dem selben Mann zusammen wie vor ihrer Erkrankung. In der überwiegenden Mehrzahl berichten sie, er habe sie akzeptiert, habe sich auch daran gewöhnt.

Das am meisten beschriebene Verhalten der Männer beim Betrachten der Narbe ist ein kommentierendes, tröstendes mit Bemerkungen wie:

"so schlimm sieht es gar nicht aus",

"so wichtig ist die Brust nicht."

Die Frauen meinten, ihre Partner hätten "nicht daran Anstoß genommen", nur eine erwähnte eine abqualifizierende Bemerkung im Streit, sie ist nun geschieden.

Kaum eine Frau konnte sagen, was ihr Mann bei der Narbe empfunden habe oder jetzt fühle. Dadurch scheint eine männliche Verhaltensstrategie deutlich zu werden, verbal nicht die eigene Betroffenheit mitzuteilen.

Das kann für eine Frau sehr schwierig werden, wenn sie der Widerspruch zwischen verbalen Beschwichtigungen und der körperlichen Kontaktvermeidung verunsichert:

"Seine Finger schrecken zurück, wenn er hinlangt",

"Früher ist er erschrocken, wenn er versehentlich hinlangte".

Solche Wahrnehmungen führen zu großen Zweifeln, und wenn nicht darüber gesprochen werden kann, auch zu einer inneren Isolation. Das dadurch entstehende Leid wird deutlich bei Frau N. und Frau F. (Beispiele 2 und 5). Drei Frauen sagten, bei ihrem Mann sei jetzt noch nach Jahren Ablehnung und Unsicherheit zu spüren. Sie konnten mit ihren Partnern nicht offen sprechen.

Damit nicht solche chronischen Schwierigkeiten entstehen, halte ich es für wichtig, den Mann frühzeitig mit der Narbe vertraut zu machen und ihn zu ermuntern, auch seine Gefühle mitzuteilen, denn dadurch wird er authentisch, und seine Frau kann sich auf seine Worte verlassen. Zu einer frühen Kontaktaufnahme könnte er zum Beispiel die Hautpflege während der Bestrahlungszeit übernehmen. Wichtig ist es auch, Veränderungen tastend begreifen zu lernen.

#### 11.5.2 Zum Sexualleben

Auf Grund der oft unzureichenden Aussagen kann ich keine allgemeinen Angaben zu eventuellen Veränderungen der Häufigkeit sexueller Aktivitäten und des Bedürfnisses danach bei den befragten Frauen machen.

Deutlich wurden Veränderungen bei verschiedenen Frauen, wie in den Beispielen gezeigt wurde. Frau N. und Frau F. (Beispiel 2 und 5) meinten, ihren Männern gegenüber "Theater spielen" zu müssen, auch wenn sie selbst beim Verkehr nichts empfanden. Eine andere Frau meinte, seit ihrer ersten Brustamputation jegliches sexuelles Interesse verloren zu haben ("das ist vor-

bei"), ihr würde nichts fehlen und ihr Mann habe das akzeptieren müssen. Eine andere Frau erzählte, ihre Bedürfnisse hätten sich vermehrt und sie könnte mehr genießen.

Die sexuelle Erlebnisfähigkeit war bei einigen Frauen schon vor ihrer Erkrankung gestört.

In der Sexualität drücken sich besonders die Kommunikationsprobleme mit dem jeweiligen Partner aus. Einige Frauen kehrten gleich nach ihrer Brustamputation zu ihren früheren sexuellen Verhaltensweisen zurück, manche zögerten nach ihren Berichten eine längere Zeit.

Um die Einstellung der Frauen zur Wiederaufnahme des Geschlechtsverkehrs nach der Brustamputation zu erfahren, stellte ich folgende Frage:

"Was würden Sie einer anderen gerade brustamputierten Frau auf deren Frage antworten, wann sie wieder mit ihrem Mann schlafen könne?"

Mit dieser Frage hatten sich die meisten Frauen auch bei ihrer eigenen Erkrankung auseinandergesetzt. Dazu liegen 26 Äußerungen vor, die Erfahrungen und Meinungen widerspiegeln. Der Häufigkeit der Nennungen nach sind sie in Tabelle 12 angeordnet, es gab Mehrfachnennungen.

Tabelle 12: Empfehlungen zur Wiederaufnahme des Geschlechtsverkehrs nach der Brustamputation

| Empfehlungen                    | Häufigkeit |              |
|---------------------------------|------------|--------------|
|                                 | absolut    | % von n = 26 |
| Betonung der Rolle des Mannes   | 14         | 54           |
| Abhängig vom Bedürfnis der Frau | 11         | 42           |
| Zeit sofort                     | 11         | 42           |
| Schmerzfreiheit                 | 3          | 12           |
| langsam                         | 2          | 8            |
| "Weiß nicht"                    | 3          | 12           |
| "Nicht wichtig"                 | 2          | 8            |

54% der Frauen betonten die Rolle des Mannes bei der Wiederaufnahme des Geschlechtsverkehrs. Sie wiesen stark auf den kommunikativen Aspekt des sexuellen Tuns hin. Die Mehrzahl wünschte sich dabei die Hilfe des Mannes, er solle seine Wünsche und Bedürfnisse äußern. Typisch ist dafür folgende Bemerkung:

"Wenn der Mann gar nichts mehr macht, dann wird die Frau nicht Kraft haben, von alleine damit zu kommen."

Drei Frauen antworteten mit technischen Angaben, wie z.B. im Bett einen Büstenhalter anlassen oder ein Bettjäckchen anziehen, ihnen schien es wichtig gewesen zu sein, ihren Mann nicht zu sehr mit der Narbe zu konfrontieren. Sie empfahlen, auch noch im Bett den Brustverlust geschickt zu verbergen.

42% der Frauen meinten, die Frau sollte es von ihrem eigenen Bedürfnis danach abhängig machen, nicht einfach dem Manne zuliebe mit ihm schlafen.

Als Zeitpunkt gaben 42% der Frauen "sofort danach", "bald danach" an. Teilweise unterstrichen sie dabei die Bestätigung, die einer Frau durch ihre sexuelle Aktivität erwachsen würde. Zwei Frauen problematisierten das Anwachsen der Schwierigkeiten mit der Dauer der Enthaltsamkeit:

"Wenn erst eine Zeitspanne entsteht, dann bekommt eine Frau mehr Hemmungen."

Drei Frauen empfahlen als Zeitpunkt für die Wiederaufnahme des Geschlechtsverkehrs die Schmerzfreiheit der Brustnarbe, zwei gaben den Rat, sich Zeit zu geben, es der Situation zu überlassen.

3 Frauen sagten, sie wüßten keinen Rat auf eine solche Frage, 2 beurteilten diese Frage als irrelevant für die Zeit nach der Operation, sie hätten nur Sorgen um das Überleben gehabt. Eine von ihnen war ohne Partner und meinte: "Man sollte auf diese Dinge nicht so großen Wert legen."

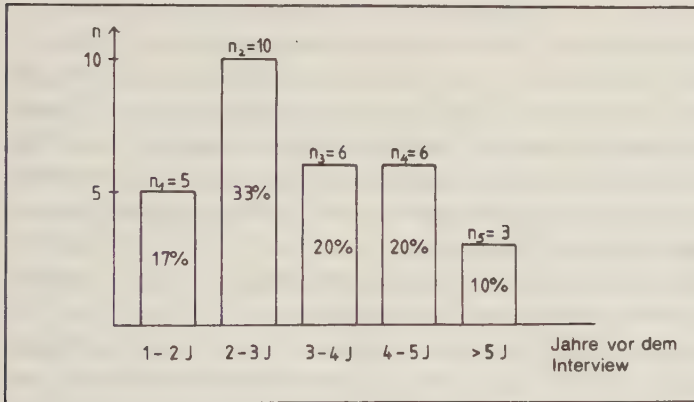
Bei den Antworten auf diese offene Frage wurde deutlich, wie sehr sie sich auch von der Einstellung der Frauen zur Sexualität geprägt waren. Trotz dieser unterschiedlichen Einschätzung der befragten Frauen sehe ich Hypothese 11 als bestätigt an: An Brustkrebs erkrankte Frauen halten das Verhalten des Partners für wichtig bei der Wiederaufnahme sexueller Aktivitäten.

## 12. NACHSORGE

### 12.1 Zeitpunkt der Brustamputation

Das psychische und physische Trauma der ersten Brustamputation lag bei den befragten Frauen unterschiedlich lange vor dem Gespräch. Bild 18 stellt das dar.

Bild 18: Zeitpunkt der ersten Brustamputation



bezogen auf  $n = 30$

Bei 17% der Frauen war die erste Brustamputation ein bis zwei Jahre vor dem Gespräch, bei 33% vor zwei bis drei, bei 20% vor drei bis vier und bei wieder 20% vor vier bis fünf Jahren.

Bei allen drei Frauen, deren erste Brustamputation mehr als fünf Jahre zurücklag, kam es zu einem näheren Zeitpunkt zu einer Entfernung ihrer zweiten Brust.

43% der Frauen waren rechts, 43% links und 13% beidseitig mastektomiert.

### 12.2 Zur Bestrahlung

97% der befragten Frauen erhielten postoperativ eine Strahlentherapie. Nur bei einer Frau war keine Bestrahlung durchgeführt worden.

79% der Frauen gingen hauptsächlich ambulant zu den Bestrahlungsterminen, 21% waren während dieser Zeit in vollstationärer Behandlung.

Die stationäre Strahlentherapie wurde unterschiedlich von den betroffenen Frauen beurteilt. Mehrere sagten, sie hätten sich dabei besonders gut erholen können oder wären vielleicht bei ambulanter Bestrahlung nicht so regelmäßig zu den einzelnen Sitzungen gekommen. Die Mehrzahl hätte es dabei aber vorgezogen, ambulant zu kommen.

Viele Frauen erlebten während der Bestrahlung starke Gefühle des Verlassen- und Ausgeliefertseins. Menschliche Betreuung erscheint während dieser belastenden Zeit gerade in der Strahlentherapieeinrichtung besonders nötig.

Manche Frauen fühlten sich bei den Bestrahlungsterminen erst richtig mit ihrer Erkrankung konfrontiert, vor allem durch das Erleben schwer kranker Menschen, die auch mit ihnen im Wartezimmer saßen, bzw. auf Tragen lagen.

Worte wie "Strahlenbunker" wecken auch alte Erinnerungen an Krieg, Zerstörung, Feuer und starke Ängste, durch die fremde Maschinerie verbrannt zu werden. Vorerfahrungen mit Strahlentherapie bei Angehörigen oder Bekannten können beruhigen, aber auch beängstigen.

Vermutungen über mögliche oder die Unwissenheit über das Ausmaß eingetretener Folgen führen zu erheblichen Befürchtungen.

Häufig berichteten Frauen, sie hätten gedacht, die frische Narbe würde durch die Bestrahlung aufplatzen, oder es hätte ihnen sehr geholfen, wenn ihnen gesagt wurde, aufgetretene Beschwerden (z.B. einer Strahlenpleuritis) würden bald vorübergehen. In der Phantasie erschien vieles schlimmer, als es in der Wirklichkeit war.

Stark angstmindernd wirken ausführliche Erklärungen und Zuwendung in einem Gespräch.

Beruhigend kann auch das Wissen sein, auf die Geschehnisse Einfluß nehmen zu können, versichert zu bekommen, daß der Bestrahlungsraum selbst ständig verlassen werden kann, falls sich die Strahlenquelle nicht automatisch abstellen sollte.

Dankbar waren Frauen für weiche Erstprothesen, die sie in einigen Krankenhäusern erhielten. Die festen Prothesen konnten sie anfangs nicht auf den frischen Wunden tragen.

Die Bestrahlungszeit wurde ganz unterschiedlich erlebt, führte zum Teil nur zu sehr geringen körperlichen Belastungen (z.B. ging eine Frau während der Bestrahlungszeit schon wieder halbtags arbeiten).

Diese Unterschiede sind sicher auch auf verschiedene Therapieintensität zu-

rückzuführen. Die Variabilität der Fähigkeiten, sich mit der Erkrankung auseinanderzusetzen und sie zu bewältigen, wird schon während dieser Zeit deutlich. Deshalb sollten auch hier schon Ärzte und andere Helfer sich überlegen, welche Frau zusätzlicher unterstützender Interventionen bedarf. Der gerade bei der Bestrahlung häufig berichtete rein mechanische Umgang der professionellen Helfer mit den brustkrebserkrankten Frauen bedarf dringend einer Korrektur.

### 12.3 Zum Wiederauftreten der Erkrankung

Bei mehreren Frauen der Untersuchungsgruppe war es zu einem Wiederauftreten der Erkrankung gekommen.

Bei 20% der Frauen traten lokoregionale Rezidive auf, bzw. ein Zweitkarzinom an der anderen Brust. Bei 3 Frauen (10%) kam es deswegen zu einer Amputation der zweiten Brust. Bei 2 Frauen (7%) wurden neue lokale Knoten chirurgisch entfernt und sie erneut bestrahlt, eine Frau inzwischen schon mehrfach. Eine Frau zeigte Metastasen im einem regionalen Lymphknoten zwei Jahre nach ihrem Brustverlust und wurde weiterbehandelt.

Bei zwei Frauen (7%) wurden Jahre nach ihrer Ersterkrankung Fernmetastasen festgestellt. Die eine hatte eine solitäre Hirnmetastase, die kurz vor dem Gespräch chirurgisch entfernt worden war, die andere Frau hatte Skelettmetastasen, eine Hormontherapie hatte sie kurz vor dem Interview begonnen.

Sechs weitere Frauen (20%) berichteten von weiteren diagnostischen chirurgischen Eingriffen im Brustbereich mit gutartigen histologischen Ergebnissen. Fast alle Frauen beschrieben, immer mit der Angst zu leben, die Brustkrebs-erkrankung könnte fortschreiten (siehe Beispiele 1 bis 9 und vergleiche 12.11).

Wenn diese Befürchtungen wahr werden, sind die Frauen besonders auf die stützende Zuwendung ihrer Umgebung angewiesen. Die Frauen sagten, es habe sich der Großteil dessen wiederholt, was ihnen auch beim erstenmal sehr zu schaffen gemacht habe. Die gleiche Verleugnung, die gleiche Todesangst und teilweise auch die ähnliche Erleichterung, als sie die chirurgische Behandlung überstanden hatten.

Manche Frauen befinden sich anhaltend in einem aufgewühlten Zustand der Sorge und zweifeln stark am ärztlichen Handeln. Ärzte müssen sich dann mit Vorwürfen, die oft nicht direkt geäußert werden, auseinandersetzen, was

sicher sehr schwer fallen kann.

Manche Frauen wechseln den niedergelassenen Arzt, dem sie die Schuld an ihrem Schicksal geben, oder fühlen sich nicht mit ihren Sorgen verstanden. Ich habe den Eindruck, Mißverständnisse könnten verringert werden, wenn Ärzte neben den Angriffen auch die Signale des Wunsches nach Zuwendung wahrnehmen und auf beides in offenen Gesprächen eingehen.

Bei einem Rezidiv der Erkrankung, benötigen die betroffenen Frauen in hohem Maße vertrauensvolle, konstante Weiterbetreuung, um so gestützt mit den neuen Belastungen fertig werden zu können.

#### 12.4 Zur Chemo- und Hormontherapie

Zwei der befragten Frauen (7%) machten eine Hormontherapie mit Antiöstrogenen, beide hatten zuvor Rezidive, eine weitere Frau nahm Gestagene ein. Chemotherapie hatte keine Frau selbst mitgemacht, aber drei Frauen mit Rezidiven hatten sich gedanklich schon damit auseinandergesetzt. Die Frau mit Skelettmastasen rechnete damit, zwei andere hatten das Angebot einer adjuvanten Chemotherapie abgelehnt.

Zusätzlich zu eigenen Zweifeln kann es auch sehr verwirrend für eine betroffene Frau sein, wenn ihr ein Oberarzt, wie berichtet wurde, von einer Chemotherapie abrät, der Chefarzt aber zwei Minuten später eine solche als dringend nötig nahe legt.

Sehr groß war die Angst vor dem Verlust des Haupthaars, das als für jeden sichtbares Zeichen der Weiblichkeit sehr hoch bewertet wurde.

Eine Frau, die nach ihrer Brustamputation noch hysterektomiert worden war, befürchtete, mit ihren Haaren völlig ihre weibliche Identität zu verlieren. Deswegen lehnte sie auch die angebotene Chemotherapie ab, zu der ihr Ärzte wegen ihrer häufigen Lokalrezidive sehr geraten hatten. Der eingreifenden Therapie wollte sie erst zustimmen, wenn Fernmetastasen nachgewiesen würden. Zugleich quälte sie ihre Befürchtung, auf Grund ihrer Entscheidung vielleicht eine Chance zu verpassen.

Bei Gesprächen über eingreifende Therapievorschlüsse ist Einfühlung ganz wichtig. Der Partner sollte miteinbezogen sein, da manche Frauen sich vor ihrem Partner zu schämen fürchten.

Falls eine Chemotherapie nötig sein sollte, kann auch das Wissen, wo gute Perücken zu haben sind, sehr hilfreich sein.

Als zusätzliches Trauma erlebten Frauen bei der Therapie mit Antiöstrogenen

das Ausbleiben ihrer Menstruation und das Auftreten von klimakterischen Beschwerden. Das berichteten auch die Frauen, die im Zusammenhang mit ihrer Brustkrebserkrankung hysterektomiert wurden.

Sehr stark litt unter ihren klimakterischen Beschwerden eine Frau, die schon Jahre vor ihrer Brustkrebserkrankung nach einer Ovariectomie eine Östrogensubstitution erhalten hatte, auf die sie nun verzichten mußte.

Diese Sorgen sind teilweise durch eine entsprechende Behandlung zu mildern, sie weisen jedoch auch auf die Vielfalt zusätzlicher neuer und belastender Probleme hin, mit denen sich Frauen nach ihrer Brustkrebserkrankung auseinandersetzen müssen.

## 12.5 Zu unspezifischen Therapien

Mehrere Frauen äußerten das starke Bedürfnis, auch selbst etwas gegen ihre Brustkrebserkrankung tun zu wollen. Das Gefühl zu haben, selber auf den Gang der Ereignisse Einfluß nehmen zu können, beschrieben sie als psychisch stärkend.

Sie hielten sich an Ernährungsratschläge aus Zeitschriften oder Broschüren für Krebskranke, die es an jedem Kiosk zu kaufen gibt und viel Werbung für Gesundheitsinstitute enthalten. Sie tranken Saft von Roten Beeten, aßen viel Rohkost und veränderten auch teilweise stärker ihre Ernährung.

Diese Frauen vermißten solche Ratschläge bei Ärzten und waren dann sehr dafür empfänglich, wenn sie zum Beispiel bei Vorträgen während der Kur dieses vermeintliche Defizit ausgleichen konnten.

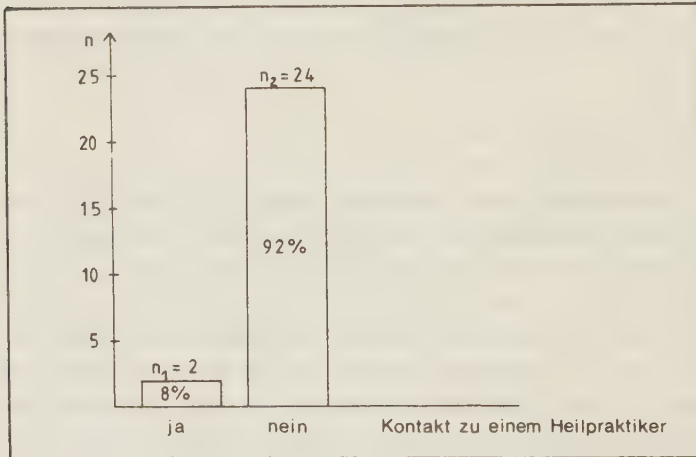
Drei Frauen (10%) ließen sich regelmäßig Mistelextrakt injizieren. Sie meinten, nicht so recht an die Wirkung zu glauben, aber die Chance, daß es doch nützen könnte, wollten sie nicht verpassen.

Wichtig erscheint mir in diesem Zusammenhang für Ärzte und andere Helfer, diese Frauen in ihrem Bemühen um die Krankheitsbewältigung ernst zu nehmen, ihre Fragen, Therapievorschläge und Gedanken, die sie sich dazu gemacht haben, anzuhören und auch mit der Verdeutlichung eigener Wissensgrenzen zu beantworten. Ausgelacht zu werden, wie es einige Frauen berichteten, führt zu einem Gefühl der Erniedrigung und verhindert weitere offene Gespräche. Das empfohlene Verhalten ermöglicht auch einen weiteren aufgeschlossenen Kontakt der Frauen zu ihrem Helfer.

In diesem Zusammenhang interessiert auch, wieviele Frauen nach ihrer Brustkrebserkrankung zu einem Heilpraktiker in Behandlung gingen.

Von 26 der 30 befragten Frauen liegen darüber Angaben vor. 92% dieser Frauen sagten, sie hätten keinen Heilpraktiker aufgesucht, 2 Frauen (8%) gingen regelmäßig zu einem, verheimlichten es aber gegenüber ihren behandelnden Ärzten. Dieses Ergebnis korrespondiert mit der hohen Zufriedenheit der befragten Frauen mit der ärztlichen Behandlung (siehe 8.2).

Bild 19: Kontakt zu einem Heilpraktiker seit der Brustkrebserkrankung



bezogen auf  $n = 26$

Die eine Frau ging zu einem Heilpraktiker wegen ihrer "Migräne", die andere läßt sich dort Iscador spritzen, geht aber sonst zu verschiedenen Ärzten, um sich, wie sie sagte, "ein Meinungsbild geben" zu lassen. Die anderen Frauen, die das Mistelextrakt injiziert bekamen, erhielten es von einem Arzt.

Der Gang zu einem Heilpraktiker war für einige Frauen auch wegen der Finanzierung uninteressant. Verschiedene unspezifische Therapieformen erschienen einem Teil der Frauen sehr wichtig. Dieses Thema sollte im Gespräch zwischen an Brustkrebs erkrankten Frauen und Ärzten und anderen Helfern nicht tabuisiert werden.

## 12.6 Zur Rekonstruktion der Brust

Eigene Erfahrungen mit der Rekonstruktion der Brust hatten nur drei der befragten Frauen (10%).

Einer Frau waren früher beide Brüste prophylaktisch nach häufigen diagnostischen Eingriffen bei ausgeprägter Mastopathie abgenommen worden. Danach erhielt sie beidseits einen plastischen Wiederaufbau, den sie aber verlor, als einige Jahre später darunter Brustkrebs festgestellt wurde. Sie empfand es als schön und wichtig für sich, sich äußerlich ohne fremde Hilfsmittel weiterhin "als Eva", wie sie sagte, sehen zu können.

Einer anderen Frau wurde eine Brust wieder plastisch aufgebaut. Sie ist jedoch erheblich unzufrieden damit und würde die Brust, die sie als zu groß und als Fremdkörper erlebt, am liebsten wieder entfernen lassen (vgl. 11.1).

Der dritten Frau war gleich anschließend an die subkutane Mastektomie die Brust wieder mit Erhaltung der Brustwarze rekonstruiert worden. Ein halbes Jahr später war eine Korrekturoperation nötig. Sie meinte, sie könnte es sich garnicht vorstellen, völlig amputiert zu sein, und sei sehr froh über die Plastik.

Die unterschiedlichen Erfahrungen, die sich teilweise auch ergeben, je nachdem ob Vorstellungen, die die Frauen an die Rekonstruktion der Brust knüpften, enttäuscht wurden oder sich erfüllten, sollen hier nicht weiter dargestellt werden.

Der Frage, inwieweit eine Brustrekonstruktion bei Brustamputierten Frauen mit einem Mammakarzinom die Krankheitsbewältigung erleichtert, müssen besondere Untersuchungen nachgehen.

Für nicht günstig halte ich eine ärztliche Vorgehensweise, einer Frau vor der Amputation eine baldige Plastik zu versprechen, um sie zu trösten, danach jedoch von Nachuntersuchung zu Nachuntersuchung eine endgültige Stellungnahme zu verschieben. Die Frau, die das berichtete, war dann sehr enttäuscht und getroffen, als ihr dann nach vielem Fragen geantwortet wurde, sie müßte erst fünf Jahre so überstehen. Fehlende Eindeutigkeit unterminiert die Arzt-Patient-Beziehung, die nur mit Vertrauen voll helfen kann. Eine Vorgehensweise, wie oben (Teil I Punkt 6.4.3) beschrieben, halte ich bei dieser Problematik für besser.

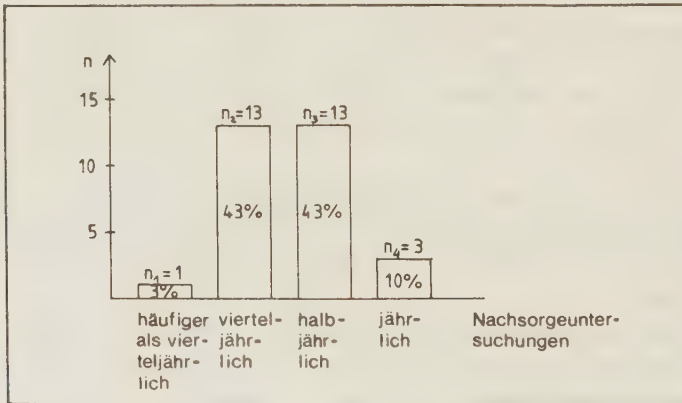
Dieses Thema beschäftigte viele befragte Frauen zu unterschiedlichen Zeiten ihrer Erkrankung. Darüber sollten Ärzte und andere Helfer in Ruhe mit

brustkrebserkrankten Frauen sprechen, ohne dabei nur direktiv eigene Standpunkte als letztendlich gültige darzustellen. In der Mitteilung der Erwartungen, die sich an eine Rekonstruktion knüpfen, können Schwierigkeiten bei der Krankheitsbewältigung deutlich werden, die sich auch ganz anders vielleicht beheben oder vermindern lassen. Dabei kann die Notwendigkeit einer Rekonstruktion neu überdacht werden.

## 12.7 Häufigkeit der Nachsorgeuntersuchung

Alle 30 befragten Frauen gingen zu Nachsorgeuntersuchungen, aber in unterschiedlichen Zeitintervallen. Bild 20 zeigt die Häufigkeit:

Bild 20: Häufigkeit der Nachsorgeuntersuchungen



bezogen auf  $n = 30$

Alle befragten Frauen mit Ausnahme von Frau W. (Beispiel 8) gehen zu Nachsorgeuntersuchungen in zeitlichen Intervallen, die denen in der Literatur empfohlenen entsprechen.

Frau W. ging nur unregelmäßig zu Nachsorgeuntersuchungen, ist jetzt aber unter ärztlicher Betreuung.

Somit sehe ich Hypothese 12 als bestätigt an:

An Brustkrebs erkrankte Frauen gehen regelmäßig zu Nachsorgeuntersuchungen.

Ausnahmen bedürfen besonderer Beobachtung.

## 12.8 Ort der Nachsorgeuntersuchung

97% der befragten Frauen gingen zu Nachsorgeuntersuchungen in ein Krankenhaus, nur eine Frau ging nur zu ihrem niedergelassenen Frauenarzt, der sie auch in einer Belegklinik operiert hatte.

Neben diesen hauptsächlich nur auf die Brustkrebserkrankung bezogenen Nachsorgeuntersuchungen gehen die meisten Frauen auch noch zu einem niedergelassenen Frauenarzt, zumindest zu jährlichen gynäkologischen Krebsvorsorgeuntersuchung. Diese hatten Frau K. und Frau F. (Beispiel 4 und 5) seit ihrer mehrere Jahre zurückliegenden Brustamputation nicht mehr machen lassen, sie fürchteten sich davor.

Diese Aufspaltung von Zuständigkeiten kann leicht zum Übersehen von gynäkologischen Tumoren führen, die früh erkannt gut therapierbar sind. Bei Nachsorgeuntersuchungen sollte immer mit der betroffenen Frau über diese Vorsorge gesprochen werden, wenn nicht eine gynäkologische Untersuchung in den Nachsorgeplan eingeordnet ist.

Andererseits hatten Frauen teilweise sehr häufige Untersuchungstermine durch Doppelbetreuung in einer gynäkologischen Abteilung und in einer Strahlenabteilung. Die eigentlich mögliche Koordination schien besonders schlecht zu sein, wenn diese Abteilungen nicht am selben Hause waren.

Ich sehe Hypothese 13 als bestätigt an:

An Brustkrebs erkrankte Frauen gehen zu Nachsorgeuntersuchungen in ein Krankenhaus.

## 12.9 Art der Terminierung und Reaktion bei einem Terminversäumnis

93% der befragten Frauen erhielten vorgemerkte Nachsorgetermine, meist bei einer Untersuchung schon den Zeitpunkt für die nächste. Eine Frau erhielt "Vorladungen" zugeschickt (ängstigende Assoziationen wie ein Gang zum Gericht liegen auf der Hand).

2 Frauen (7%) erhielten keine bestimmten Termine. Die eine ging von allein zu ihrem Frauenarzt, die andere ist Frau W. (Beispiel 8).

Damit ist Hypothese 14 bestätigt:

An Brustkrebs erkrankte Frauen werden zu Nachsorgeuntersuchungen einbestellt.

Wichtig ist natürlich die Reaktion auf ein Terminversäumnis. Dazu konnte

die Mehrzahl der Frauen nichts sagen, weil sie nach ihren Angaben immer regelmäßig hingegangen sind (81%).

4 Frauen berichteten, nach einem Monat Versäumnis angeschrieben worden zu sein, 2 Frauen meinten, sie hätten zeitweise ein oder zwei Monate den Termin versäumt, aber niemand hätte darauf reagiert.

Die Frauen, die an den Termin erinnert wurden, gingen bis auf Frau W. auch wieder zur Untersuchung. Frau W. schrieb an die Klinik zurück, daß ihr das lange Warten nicht gefalle und sie wenig Zeit habe wegen der Versorgung ihrer kleinen Kinder. Darauf erhielt sie keine Antwort. Diese Reaktion der Nachsorgeeinrichtung erscheint mir als ungenügend.

Trotzdem sehe ich die Hypothese 15 als bestätigt an:

An Brustkrebs erkrankte Frauen gehen regelmäßig zu vorterminierten Nachsorgeuntersuchungen.

#### 12.10 Intensität der Nachsorgeuntersuchung und Mitteilung der Befunde

Das Ausmaß der Intensität der Nachsorgeuntersuchungen ließ sich retrospektiv an Hand der Aussagen der befragten Frauen nur unzureichend feststellen. Deshalb gehe ich nur auf ausgewählte Punkte ein.

97% der befragten Frauen sagten, immer körperlich im Bereich der Brust untersucht worden zu sein. Nur eine Frau meinte, das sei bei ihr nur geschehen, wenn sie Beschwerden äußerte.

Das bestätigt Hypothese 16:

An Brustkrebs erkrankte Frauen werden bei den Nachsorgeuntersuchungen regelmäßig körperlich untersucht.

13% der Frauen meinten, die Untersuchung der Brust sei "zu flüchtig". Sie beklagten, nicht mit erhobenen Armen oder im Liegen abgetastet zu werden, was eigentlich zu einer vollständigen Untersuchung gehört.

Einige Frauen führten genau Buch über alle Untersuchungen und deren Ergebnisse, hatten ihren eigenen "Patientenpaß" (vgl. Teil I Punkt 6.4.1), versuchten damit die Übersicht zu behalten. Teilweise hatten die befragten Frauen in ihrer selbst angelegten Krankenakte auch Kopien von Operationsberichten oder Arztbriefen. Beim ärztlichen Gespräch sollte nicht vergessen werden, wie enttäuschend es für eine Frau sein würde, wenn die mündlichen Mitteilungen an sie nicht mit schriftlichen Befunden an dritte übereinstimmen (an die auch ohne ärztliches Wissen zu kommen, fiel einigen Frauen

nicht schwer).

Neben dieser körperlichen Untersuchung fand Diagnostik in unterschiedlichem Maße statt. Kleinere Laboruntersuchungen des Blutes waren nicht in jedem Fall im Nachsorgeprogramm, das Skelettszintigramm ebenfalls nicht.

Es wäre auch eine Aufgabe für das Tumorzentrum Berlin, auf ein einheitliches Nachsorgeprogramm zu drängen, um die Befürchtungen von Frauen, bei ihnen würden zuwenig Nachsorgeuntersuchungen vorgenommen, zu verringern.

Einige Frauen wünschten sich, vor den Untersuchungsterminen schon zu wissen, was geschehen werde. Diese Offenheit eines Nachsorgeplans könnte auch angstmindernd wirken.

Die Mitteilung der Befunde ist ein Teilaspekt der Arzt-Patient-Beziehung, die schon im Literaturteil behandelt wurde (vgl. auch Punkt 8). Ich will hier nicht auf die Wahrheitsproblematik näher eingehen, sondern darauf aufmerksam machen, daß die brustkrebserkrankte Frau unter sehr großer Spannung stehen kann, wenn ihr sogar die gutartigen Befunde nicht mitgeteilt werden (siehe auch 12.11).

So beschrieben Frauen, wie sie regelmäßig ein bis zwei Wochen nach den Untersuchungsterminen auf einen Brief warteten. Komme keiner, dann zeige das, alles sei in Ordnung, käme einer, dann müßten sie mit für sie ungünstigen Ergebnissen rechnen.

Solche Wartefristen sind unnötig. Alle Befunde, die nicht gleich beim Untersuchungstermin mitteilbar sein sollten, müssen so schnell als möglich weitergegeben werden. Das Telefon kann auch hier als Kommunikationsmittel eingesetzt werden.

Das Gefühl des Vertrauens zum Arzt sollte als Basis der Untersuchung entstehen können. Auf Versäumnisse bin ich unter Punkt 8 eingegangen.

#### 12.11 Gefühle vor der Nachsorgeuntersuchung

Da Gefühle in hohem Maße auch das Verhalten beeinflussen können, interessiert, welche Gefühle brustkrebserkrankte Frauen haben, wenn sie zu Nachsorgeuntersuchungen gehen. Alle Frauen äußerten sich zu einer diesbezüglichen Frage. Die genannten Gefühle sind in Tabelle 13 aufgeführt, es gab Mehrfachnennungen.

73% der Frauen äußerten, vor den Nachsorgeuntersuchungen Angst zu haben. Zum Teil beschäftigte sie schon Tage zuvor verstärkt der Gedanke, die Er-

Tabelle 13: Gefühle vor der Nachsorgeuntersuchung

| Gefühle               | Häufigkeit |              |
|-----------------------|------------|--------------|
|                       | absolut    | % von n = 30 |
| Angst                 | 22         | 73           |
| Sicherheit            | 9          | 30           |
| Keine Angst           | 4          | 13           |
| Ausreichende Antwort  | 4          | 13           |
| Zweifel an der        | 2          | 7            |
| Untersuchungsqualität |            |              |

krankung könnte fortgeschritten sein. Es kommt zu Schlafstörungen und allgemeiner Anspannung.

Typische Äußerungen sind folgende:

"Da habe ich drei Tage vorher ein komisches Gefühl",

"Da ist ein starkes Zittern",

"Da habe ich regelrechte Angst",

"Da ist 'ne gewisse Angst, da schläft man schon vorher nicht",

"Ich bin tagelang vorher schon krank".

30% der Frauen sagten, sich in guten ärztlichen Händen sicher zu fühlen. 13% betonten, keine Angst zu haben, beschrieben den Arztbesuch als "Pflichtübung", die "sein muß". Weitere 13% gaben eher ausweichende Antworten, beschrieben keine Gefühle. 2 Frauen meinten, sie würden befürchten, der Arzt könnte nicht genügend aufmerksam sein, krankhafte Veränderungen übersehen.

Hypothese 17 muß somit neu formuliert werden:

Die Mehrzahl der an Brustkrebs erkrankten Frauen geht mit einem Gefühl der Angst zu den Nachsorgeuntersuchungen.

Jeder Mensch geht unterschiedlich mit seinen Befürchtungen um, sie können auch zu sehr verschiedenen Verhaltensweisen führen.

Arzt und andere Helfer in der Nachsorge sollten sich Rechenschaft geben, wo sie Angst bei den Frauen wahrnehmen und ob sie etwas tun, diese auch zu mindern (vgl. 12.10).

Besonders groß ist die Angst, wenn eine Frau schon vor ihrem Untersuchungstermin eine körperliche Veränderung an sich bemerkte, die sie für ein Anzeichen des Fortschreitens ihrer Erkrankung hält. Eine Frau beschrieb, wie sie in einem solchen Falle nichts sagte zum Arzt, sondern wartete, ob ihm

etwas auffallen würde. So kann in manchen Situationen die Wahrnehmung der besonderen Spannung einer Frau ein zusätzliches Diagnostikum sein.

Wenn die Gesprächssituation es der Frau ermöglicht, ihre sie bedrängenden Gefühle zu äußern, dann kann dies auch wie eine "Beruhigungsspritze" wirken, so beschrieb eine Frau die Konsequenz des ihr ärztlich entgegengebrachten Verständnisses.

Manche Frauen, die sonst eher ihre Erkrankung verdrängen, hören in den Wartezimmergesprächen anderer Frauen vieles, was sie belastet, gehen dann nach der Untersuchung "mit einem dicken Kopf" und "neu aufgewirbelten Zweifeln" nach Hause. Ihnen sollte die Möglichkeit gegeben werden, bei der Untersuchung sich auszusprechen, da diese Frauen zuhause kaum über ihre Erkrankung sprechen, bzw. ihre eigenen Sorgen (siehe auch Frau F., Beispiel 5).

Die dem entgegenstehende, häufig nur mangelhaft entwickelte Gesprächssituation bei der Nachsorgeuntersuchung wurde schon oben dargestellt (siehe 8.3 und 8.4).

## 12.12 Selbstuntersuchung der Brust

Von den 30 befragten Frauen entdeckten 90% selbst eine Veränderung an ihrer Brust und gingen deswegen nach unterschiedlichen Verzögerungszeiten zu einem Arzt.

Nur bei drei Frauen (10%) wurde die Veränderung primär von einem Arzt festgestellt.

Das bestätigt Hypothese 18:

Die ersten Veränderungen durch den Brustkrebs bemerken die betroffenen Frauen selbst.

Daß die Frauen den Knoten selbst entdeckten, heißt aber nicht, sie untersuchten sich selber regelmäßig. Manche wurden durch eine sichtbare Veränderung, Schmerzen oder durch eine zufällige Berührung darauf aufmerksam. Auch eine Aufklärung darüber, wie sie sich selbst untersuchen sollen, hatte nicht bei allen Frauen stattgefunden.

Wichtig für die Früherkennung eines Rezidivs ist auch, daß sich Frauen mit Brustkrebs auch nach der Amputation selbst untersuchen. Von 27 Frauen liegen dazu Äußerungen vor.

Die Mehrheit von ihnen, 82%, untersucht selbst die Brustgegend. Die Intervalle sind unterschiedlich: von täglich bis einmal nach der Menstruation

oder seltener. Einige Frauen sagten, früher hätten sie sich nicht untersucht.

18% tasten ihre Brustgegend nicht ab, sie sagten, es auch früher nicht getan zu haben. Dazu gehören Frau A. und W. (Beispiele 3 und 8).

Hypothese 19 ist neu zu formulieren:

An Brustkrebs erkrankte Frauen untersuchen sich in der Mehrzahl nach der Amputation selbst.

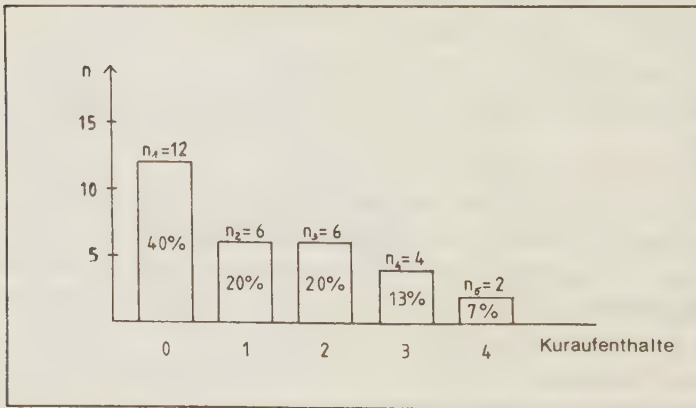
Das Ausmaß der Selbstuntersuchung vor der Brustkrebserkrankung ließ sich an Hand der gemachten Aussagen nicht auswerten. Es blieb aber der starke Eindruck, daß die im Rahmen der Krebsfrüherkennung propagierte Selbstuntersuchung für die befragten Frauen früher nicht selbstverständlich war. Das sollte in der Krebsvor- und Nachsorge verstärkt Beachtung finden.

## 12.13 Kuren

### 12.13.1 Häufigkeit der Kuraufenthalte

Die befragten Frauen hatten unterschiedlich häufig seit ihrer Brustamputation Kuraufenthalte hinter sich. Bild 21 gibt eine Übersicht.

Bild 21: Häufigkeit der Kuraufenthalte



bezogen auf  $n = 30$

40% der befragten Frauen hatten zum Interviewzeitpunkt noch keine Kur angetreten. Eine dieser Frauen stand kurz vor ihrem ersten Kuraufenthalt. 37%

der befragten Frauen lehnten Kuren für sich ab. Davon waren alle bis auf eine Ausnahme verheiratet.

Insgesamt betrachtet, bei Berücksichtigung der zeitlichen Abstände der Gespräche zu den Brustamputationen und des Rechtes jeder Frau, Kuren für sich in Anspruch zu nehmen, fiel auf, daß 47% der Frauen weniger häufig, als ihnen zustünde, eine Kur in Anspruch genommen hatten.

#### 12.13.2 Gründe, die zur Nicht-Inanspruchnahme von Kuren führten

Die Frauen, die weniger Kuren machten, als ihnen möglich gewesen wäre, oder die Kuren ablehnten, gaben verschiedene Gründe für ihre Entscheidung an:

- Familienbereich: Zwei Frauen sagten, in der Familie könnten sie sich am besten erholen. Eine von ihnen erreichte einen Zuschuß ihrer Krankenkasse zu einem Familienurlaub, in dem sie am Ferienort auch Kuranwendungen erhielt. Eine andere Frau meinte, ohne Familie könnte sie sich nicht erholen.

Ein besonderes Problem hatten zwei Frauen mit kleinen Kindern, die sie nicht zur Kur nehmen konnten. Sie wären gerne damals nach der Operation zu einer Kur gegangen. Nicht alle Frauen sind so durchsetzungsfähig wie eine, die es schaffte, ihr Kind auch zur Kur mitzunehmen zu können. Frauen mit kleinen Kindern sollte mehr Bereitschaft zur Hilfe entgegengebracht werden.

- Vorstellung von der Kur: Drei Frauen hielt der Gedanke ab, während der Kur werde zuviel von der Erkrankung gesprochen. Eine davon war Frau F. (Beispiel 13). Eine Frau hielt sich für zu jung, meinte, das sei nur etwas für alte Frauen.
- Nicht verreisen wollen: Zwei Frauen äußerten, am liebsten zuhause zu sein. In der Ferne würden sie immer Beklemmungen bekommen, eine war Frau O. (Beispiel 7).
- Im Arbeitsbereich: Eine Frau erzählte, die erste Kur habe erheblich dazu beigetragen, ihr Selbstwertgefühl wieder zu erlangen. Danach ging sie aber nicht mehr zur Kur, weil sie sich Sorgen um ihren Arbeitsplatz machte. Bei dem ihr ohnehin zustehenden Mehrurlaub und einem Arbeitsausfall wegen eines Krankenhausaufenthaltes zu diagnostischen Untersuchungen wollte sie ihren privaten Arbeitgeber nicht zusätzlich belasten. Frau N. sagte, man habe ihr nie eine Kur empfohlen. Vermutlich wagen es einige Frauen nicht, aus dem häuslichen Rahmen herauszutreten und neue

Kontakte zu knüpfen.

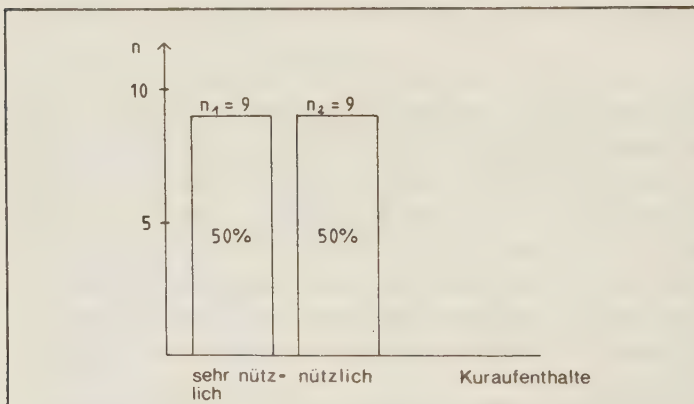
Ein weiterer Grund, der aber nur vage hörbar ist, könnte die Furcht der Frauen vor den Reaktionen ihrer Ehemänner sein, wenn diese mehrere Wochen allein zuhause sind.

Hinweise, die diesen zum Teil sehr individuellen Gründen im Beratungsgespräch über eine Kur gegenübergestellt werden könnten, geben die Erfahrungen der Frauen, die zur Kur gewesen sind.

### 12.13.3 Beurteilung der Kuraufenthalte

60% der befragten Frauen hatten eigene Kurerfahrungen. Jeweils zur Hälfte schätzten sie die Kur als für sie nützlich oder sehr nützlich ein.

Bild 22: Beurteilung der Kuren von Frauen mit Kurerfahrung



bezogen auf  $n = 18$  Frauen, die über eigene Erfahrungen mit Kuraufenthalten verfügten.

Keine Frau fand sie unnützlich oder etwa schädlich. Das heißt jedoch nicht, es gäbe nichts daran auszusetzen. Die Kritik bezog sich aber nicht auf die Kur als solche, sondern auf die jeweils angetroffene Einrichtung und die dortigen Umstände:

Manche Frauen erlebten den Kurort als "zu einsam" gelegen, bedauerten die Organisationsform, wenn nur Krebskranke und nur Frauen Mitkurende waren. Die meisten Frauen wollten lieber eine gemischtbelegte Klinik, in der also

Menschen mit verschiedenen Krankheiten (nicht nur Tumorleiden) und auch beiderlei Geschlechts sind. Es gab aber auch Frauen, die es besser fanden, nur unter Frauen zu sein. Einige störte der zu "klinikmäßige" Betrieb, andere beschrieben, zuwenig Rücksicht auf die besonderen Probleme brustkrebs-erkrankter Frauen sei genommen worden (z.B. wurden kontraindizierte heiße Bäder am Arm der Brustamputierten Seite verordnet, Proteste stießen erst auf großes Unverständnis).

Eine Frau fühlte sich zeitweise auch belastet durch die vielen Gespräche über die Erkrankung, ging dann zu keinem der Vorträge mehr, die während der Kur gehalten wurden. Als unsinnig bezeichneten andere das direkt vom Klinikdirektor ausgesprochene "Verbot", über die Krankheit zu sprechen. Selbstverständlich tauschen sich die Menschen darüber aus, warum sie mehrere Wochen gemeinsam an einem fremden Ort sind.

An der Verkürzung der Kurdauer seit 1981 auf 4 Wochen nahmen einige Frauen Anstoß, meinten, das sei zu kurz, um sich erholen zu können.

Als sehr unangenehm wurden Reaktionen und abfällige Bemerkungen von Menschen aus der näheren Umgebung der Kurklinik beschrieben (z.B. "Die kommt ja vom Todesberg", so hieß die Anhöhe, auf der die Kurklinik stand, bei der Bevölkerung). Das hängt auch mit der Ghettosituation mancher Kurkliniken zusammen.

Neben diesen negativen Anmerkungen überwogen bei weitem die positiven:

Die Frauen berichteten, sie hätten es sich einfach gut gehen lassen. Sie erlebten es als schön, Verantwortung abgenommen zu bekommen und sich bedienen zu lassen. Diese partielle Regression half ihnen, sich zu erholen, auszuspannen. Einfach mal Zeit für sich zu haben, tat sonst vielbeschäftigten Frauen besonders gut. Eine Frau meinte, gerade beim Familienurlaub auch Hausfrau sein zu müssen, sich da nicht erholen zu können.

Der Austausch von Informationen in Gesprächen und Vorträgen, Ratschläge für eine gesunde Lebensführung zu erhalten, eine genaue medizinische Untersuchung, intensive Gespräche mit einem Arzt oder Psychologen führen zu können, bedeuteten den befragten Frauen sehr viel.

Vielleicht das Wichtigste war, sich selbst mit anderen Menschen zu erleben, neue Kontakte zu knüpfen und dadurch auch wieder erheblich mehr Selbstbewußtsein zu erlangen.

Manchmal wirkte ein "Kurschatten", oft gewannen Frauen neue Freundinnen, mit denen sie auch nach der Kur in Verbindung blieben.

Das Erleben anderer Menschen mit ähnlichen Erkrankungen und das Kennenlernen verschiedener Bewältigungsstrategien kann für eine Brustkrebserkrankte Frau eine sehr große Hilfe sein.

Gerade diesen letzten Punkt dürfen Ärzte und andere Helfer beim Gespräch mit den Frauen nicht aus dem Auge verlieren. Das heißt jedoch nicht, ein Kuraufenthalt ist für jede Frau das Optimum, denn viel hängt auch von der Art der Kureinrichtung ab.

Das Thema Kur ist bei der Beratung nur individuell handhabbar, die Wünsche, Erfahrungen, Vorurteile und Ängste der betroffenen Frau müssen voll berücksichtigt werden.

Zusammenfassend sehe ich die Hypothese 20 als bestätigt an:

An Brustkrebs erkrankte Frauen mit Kurerfahrung sehen eine Kur als für sie nützlich an.

#### 12.14 Informationen über soziale Hilfen

Die befragten Frauen waren sehr gut über die ihnen zustehenden sozialen Hilfen informiert. Mit sozialen Hilfen sind hier hauptsächlich folgende gemeint: Kuren, Rente, Schwerbeschädigtenausweis, orthopädische Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege, Umschulung. Wichtig erschien mir festzustellen, von wem sie darauf aufmerksam gemacht worden waren:

##### 12.14.1 Nicht-professionelle Helfer

63% der befragten Frauen gaben nicht-professionelle Helfer als Informanten an.

Nach Häufigkeit der Nennungen sind sie in Tabelle 14 aufgeführt, es gab auch Mehrfachnennungen.

Tabelle 14: Informationen über soziale Hilfen durch nicht-professionelle Helfer.

| Informationen        | Häufigkeit |              |
|----------------------|------------|--------------|
|                      | absolut    | % von n = 30 |
| Mitbetroffene Frauen | 17         | 57           |
| Zeitschriften        | 3          | 10           |
| Verwandte            | 2          | 7            |
| Bekannte             | 1          | 3            |

Hauptquelle für Informationen über soziale Hilfen waren im nicht-professionellen Bereich andere Brustkrebserkrankte Frauen.

Die Kontakte entstanden im Krankenhaus, im Wartezimmer vor Untersuchungen, auf einer Kur, im Wohnumfeld oder in einer Selbsthilfegruppe.

In Zeitschriften lasen nur 3 Frauen Hinweise auf soziale Hilfen. Anscheinend sind in Illustrierten überwiegend nur sensationelle Berichte zu lesen, nur wenig ist auf konkrete Unterstützungsmöglichkeiten bezogen.

Nur 3 mal wurden Verwandte oder Bekannte angegeben. Das zeigt, daß an Brustkrebs erkrankte Frauen im Familiennetz nicht ausreichend über soziale Hilfen informiert werden, sondern hier besonders auf Mitteilungen von außen angewiesen sind.

#### 12.14.2 Professionelle Helfer

Alle befragten Frauen beschrieben, von professionellen Helfern auf soziale Hilfen hingewiesen worden zu sein. Es gab Mehrfachnennungen, sie sind nach der Häufigkeit in Tabelle 15 angeordnet.

Tabelle 15: Informationen über soziale Hilfen durch professionelle Helfer

| Informanten          | Häufigkeit |              |
|----------------------|------------|--------------|
|                      | absolut    | % von n = 30 |
| Sozialarbeiter/innen | 30         | 100          |
| Ärzte/innen          | 8          | 27           |
| Krankengymnastinnen  | 7          | 23           |
| Krankenschwestern    | 3          | 10           |
| Bandagist            | 1          | 3            |

Alle Frauen hatten Kontakt mit Sozialarbeitern, in der Regel Sozialarbeiterinnen, die sie über soziale Hilfen aufklärten. Bei 53% fand diese Information schon im Krankenhaus statt, bei den anderen später. Dieses Ergebnis hängt sicher besonders mit der Selektion der befragten Frauen zusammen, es mag darüber hinaus vielleicht für West-Berlin spezifisch sein, da es hier viele große Krankenhäuser mit angeschlossenem Sozialdienst gibt und die Institution der Nachgehenden Krankenfürsorge.

Von Ärzten wurden 27% der befragten Frauen auf soziale Unterstützungsmöglichkeiten hingewiesen, 23% nannten Krankengymnastinnen. Krankenschwestern wurden in diesem Zusammenhang nur 3 mal genannt. Eine Frau erwähnte einen

Bandagisten als wichtigen Informanten.

Aber nicht alle Krankenhäuser haben einen Sozialdienst, vor allem nicht die Belegkliniken, denen es manchmal auch an Krankengymnastinnen mangelt. Das Ergebnis deutet darauf hin, daß Ärzte und Krankenpflegepersonal ihr Beratungspotential nicht ausschöpfen.

Wichtige Informationen sollten frühzeitig gegeben werden, auch Broschüren wurden von befragten Frauen als hilfreich beschrieben.

Es kann allgemein nicht darauf vertraut werden, daß die brustkrebserkrankte Frau die für sie relevanten Informationen über soziale Hilfestellungen irgendwann irgendwo erfährt. Manchmal können Hilfen nicht mehr oder nur vermindert nützen, weil die Mitteilung die betroffenen Frau erst sehr spät erreichte. Besonders sollte dabei an die nachstationäre Zeit gedacht werden, in der in einigen Fällen eine Haushaltshilfe nötig sein wird.

An den Orten, wo eine medizinische Primärbehandlung stattfindet, sollte eine kompetente Beratung gewährleistet sein. Wenn die Informationen über soziale Hilfen die Frauen auch schon vor ihrer Krankenhauszeit erreichen, erleichtern sie die antizipatorische Auseinandersetzung mit der Krankheit und deren Folgen.

## 12.15 Nachgehende Krankenfürsorge

Die Einrichtung der Nachgehenden Krankenfürsorge wurde schon oben dargestellt (Teil I Punkt 6.8).

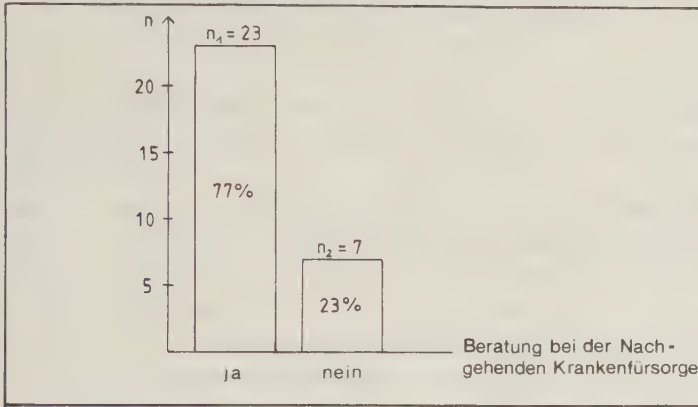
Wichtig erschien mir zu klären, wieweit die brustkrebserkrankten Frauen mit dieser Institution Kontakt haben und wie sie die Beratung dort erlebten.

### 12.15.1 Beratung bei der Nachgehenden Krankenfürsorge

Von den 30 befragten Frauen hatten sich 77% von Sozialarbeitern/innen der Nachgehenden Krankenfürsorge ihres Wohnbezirkes beraten lassen. 23% hatten kein Informationsgespräch.

Von diesen 23% kannten jedoch nur 3 Frauen (10%) die Einrichtung der Nachgehenden Krankenfürsorge nicht, die anderen hatten schriftlichen Kontakt, waren angeschrieben worden, hatten aber ein Beratungsgespräch für sich nicht für nötig gehalten.

Bild 23: Beratung bei der Nachgehenden Krankenfürsorge



bezogen auf  $n = 30$

Somit kannten 90% der befragten Frauen die Nachgehende Krankenfürsorge. Das bestätigt Hypothese 21:

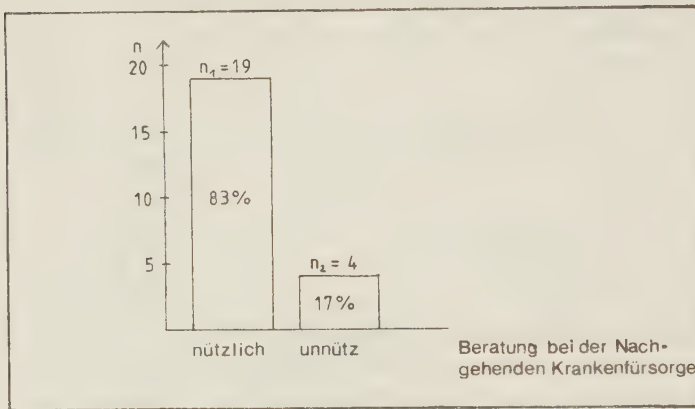
An Brustkrebs erkrankte Frauen kennen die Institution Nachgehende Krankenfürsorge.

Diese Aussage sollte aber mit Einschränkung betrachtet werden, denn die Auswahl der Frauen legt einen so hohen Bekanntheitsgrad nahe. 10% der befragten Frauen kannten hingegen diese Einrichtung nicht. In Beratungsgesprächen während der Krankenhauszeit und bei der Nachsorge sollte auf die Nachgehende Krankenfürsorge hingewiesen werden. Anschläge im Krankenhaus könnten die Öffentlichkeitsarbeit verstärken.

#### 12.15.2 Beurteilung der Beratung bei der Nachgehenden Krankenfürsorge

23 Frauen ließen sich bei der Nachgehenden Krankenfürsorge beraten. 83% von ihnen beurteilten die Beratung als für sie hilfreich, 17% meinten, es hätte ihnen nichts genützt.

Bild 24: Beurteilung der Beratung bei der Nachgehenden Krankenfürsorge



bezogen auf  $n = 23$  Frauen, die sich bei der Nachgehenden Krankenfürsorge beraten ließen.

Die Frauen, die die Beratung als unnützlich erlebten, hatten schon vorher ihrem Empfinden nach ausreichende Informationen erhalten. Teilweise lehnten sie fremde Hilfe ab, eine Frau sagte:

"Ich habe gleich gesagt, daß ich nichts beanspruche, wollte nichts haben, ich lege auf derartige Betreuung keinen Wert, weil ich sie auch nicht brauche. Das sollte man Leuten lassen, die es wirklich nötig haben."

Diese Frau fühlte sich auch von dem Begriff "Fürsorge" abgestoßen.

Somit möchte ich die Hypothese 22 neu formulieren:

An Brustkrebs erkrankte Frauen erleben in der überwiegenden Mehrzahl die Beratung durch die Nachgehende Krankenfürsorge als hilfreich.

Hauptpunkte der Beratungsgespräche:

- Persönliches Gespräch über die Probleme und Fragen der ratsuchenden brustkrebserkrankten Frau,
- Informationen über zustehende soziale Hilfen,
- Hilfestellung bei Anträgen für Kur, Schwerbehindertenausweis, Rente,
- Vermittlung von finanziellen Hilfen, Haushaltshilfen, Platz in einem Seniorenwohnheim, vorübergehende Heimplätze für Kinder,
- Angebot von Gruppenkontakten (Gesprächsgruppe, Gymnastik-, Wander-,

Schwimmgruppe u.ä. -- das hängt besonders davon ab, ob die jeweiligen Vertreter der Nachgehenden Krankenfürsorge sich nur für Einzelberatung zuständig fühlen oder für mehr).

Als sehr hilfreich empfanden einige Frauen die offenen Gespräche und das Verständnis, die sie bei Sozialarbeitern/innen der Nachgehenden Krankenfürsorge erlebten.

Vor allem während der direkt nachstationären Zeit, in der brustkrebserkrankte Frauen vermehrt allein zuhause sich aufhalten, weil sie auch noch körperlich erholungsbedürftig sind, wurden Gespräche bei Hausbesuchen als große Unterstützung erlebt.

Ein Angebot zu einem Hausbesuch vermindert teilweise die Schwellenangst vor einem Kontakt zu einer Behörde, ein Telefongespräch ermöglicht einem Helfer, sich vorzustellen und nicht nur anonym zu erscheinen wie in einem vorgedruckten Anschreiben.

Auch hier sind die schon oben dargestellten Grundsätze beim Gespräch zu beachten (siehe 8.5 und 8.7).

Helfer sollten nicht schematisch ihre Unterstützungsmöglichkeiten anpreisen, sondern hinhören, was die betroffene Frau in diesem Moment möchte. Manchmal steckt hinter einem präsentierten Problem, das sich gut verwaltungstechnisch lösen läßt, das Verlangen nach einer Aussprache, was viel schwieriger zu formulieren ist.

#### 12.16 Schwerbehindertenausweis

Alle befragten Frauen besaßen einen Schwerbehindertenausweis. 53% der Frauen hatten eine anerkannte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 50 Prozent. Die anderen Frauen hatten eine höherprozentige MdE.

Diese unterschiedliche Beurteilung lag zum Teil an Vorerkrankungen (z.B. eine blinde Frau hatte schon vorher 100% MdE) und an zusätzlichen Behinderungen. Bei fehlender Einsicht in die Unterlagen des Landesversorgungsamtes Berlin, das die Ausweise ausstellte, wurde die verschiedene Bewertung bei mehreren Frauen nicht verständlich.

Frauen, die arbeiten gingen, waren froh über den verstärkten Kündigungsschutz und die vermehrten Urlaubstage. Frauen, die arbeitslos waren, befürchteten, mit diesem Ausweis schlechter Arbeit zu erhalten ("Ich habe zwar mehr Rechte, aber bekomme ich auch Arbeit?"), worauf ich unter Punkt

14 noch eingehen werde.

Eine Frau lehnte den Ausweis gefühlsmäßig ab, meint ihn "aufgeschwatzt" bekommen zu haben, würde ihn auch nicht verlängert haben wollen.

Andere Frauen erlebten den Ausweis als zu ihrem sozialen Besitzstand gehörig, sie würden sich vehement gegen eine Rückstufung der MdE, was nach 5 Jahren häufiger der Fall ist, zur Wehr setzen.

Hypothese 23 ist somit bestätigt:

An Brustkrebs erkrankte Frauen haben in der Regel einen Schwerbehinderten-ausweis.

#### 12.17 Zur Inanspruchnahme von sozialen Hilfen

Bei der Inanspruchnahme von sozialen Hilfen erschienen verschiedene Verhaltensweisen.

Manche Frauen wiesen es von sich, etwas anzunehmen, zahlten lieber aus eigener Tasche (z.B. die Prothese), andere sind froh, wenigstens materiell eine Entschädigung für ihre Erkrankung zu erhalten.

Auch die Durchsetzungsfähigkeit gegenüber Behörden (z.B. Sozialamt, Landesversorgungsamt, Bundesversicherungsanstalt uä.) ist individuell sehr unterschiedlich.

Einige Frauen setzten unter großem persönlichen Einsatz etwas für sich durch (z.B. Fahrpreismäßigung bei der BVG), andere hatten bei erstem Widerstand von Verwaltungsbeamten das Gefühl, betteln zu gehen, waren sehr verletzt und beendeten ihre Aktivitäten.

Die Unfähigkeit, für sich zu fordern, und die Angst vor Auseinandersetzungen mit als mächtig erlebten Menschen trägt bei manchen Frauen auch mit zum sozialen Rückzug bei.

Helfer in der Nachsorge sollten die brustkrebserkrankten Frauen darin unterstützen, ihre Rechte wahrzunehmen, was deren Selbstbewußtsein auch mit unterstützt und die Krankheitsbewältigung erleichtert.

Bei einigen Frauen wurde auch deutlich, daß hinter dem Nicht-fordern-Können auch ein anderes Motiv steckt. Sie erlebten den Schwerbehindertenausweis als Zeichen gesellschaftlicher Minderbewertung, die Rente als Bestätigung ihrer Erkrankung. Beendigung der Rentenzahlung wird teilweise als Beweis der Gesundung angesehen ("Wenn die mir die Rente nicht weiter genehmigen, dann bin ich doch gesund").

In Einzelfällen kann somit Unwissenheit und zu geringere Auseinandersetzung mit der Erkrankung zu einer Vernachlässigung der Sorge um die materielle Existenzsicherung führen.

Helfer in der Nachsorge sollten nicht die ihnen zur Verfügung stehenden Unterstützungsmöglichkeiten den brustkrebserkrankten Frauen "aufdrängen", sondern im Gespräch darauf hinwirken, daß notwendige Hilfen auch vom Gefühl her von den betroffenen Frauen angenommen werden können. Dann können soziale Hilfen positiv erlebt werden und nicht nur als lästige "Trostpflaster".

#### 12.18 Körperliche Folgen der Brustamputation

Subjektiv beeinträchtigende körperliche Folgen beschrieben die 30 befragten Frauen unterschiedlich häufig. Tabelle 16 gibt einen Überblick

Tabelle 16: Körperliche Folgen der Brustamputation

| Beschwerden            | Häufigkeit |              |
|------------------------|------------|--------------|
|                        | absolut    | % von n = 30 |
| Narbenschmerzen        | 19         | 63           |
| Kraftverlust des Armes | 17         | 57           |
| Bewegungseinschränkung | 10         | 33           |
| Armödem                | 5          | 17           |

Unter Narbenschmerzen litten 63% der Frauen auch noch Jahre nach der Brustamputation. Das Ausmaß wurde in der Mehrzahl als gering eingeschätzt. 10% der Frauen beschrieben die Schmerzen als so stark, daß sie oft deswegen nicht schlafen könnten. Solche Schmerzen bedürfen individueller Abklärung.

Eine Frau sah bei sich einen Zusammenhang zwischen Auftreten der Schmerzen und ihrer psychischen Verfassung: wenn sie sich ärgerte, verstärkten sich ihre Narbenschmerzen.

57% Frauen beschrieben einen Kraftverlust am Arm der operierten Seite. Möglicherweise spielen dabei auch die unterschiedlichen Operationsverfahren und die spätere Schonung des Armes eine wichtige Rolle. Andere Frauen erzählten, die alte Kraft sei im Laufe der Zeit wieder gekommen. Zum Gesprächszeitpunkt war der Kraftverlust nicht sehr ausgeprägt, postoperativ

waren viele erheblich dadurch behindert.

33% der Frauen erwähnten eine gebliebene leichte Einschränkung der Armbeweglichkeit nach der Brustamputation, worauf ich unter 12.19 zurückkomme. Von einem Armödem berichteten 17% der Frauen. Bei allen war es jedoch geringgradig, keine hatte eine große, indurierte, schmerzende Armschwellung, wie es häufig bei der alten chirurgischen Schnittführung zu sehen war. Somit bleibt festzuhalten, daß ein großer Teil brustamputierter Frauen auch lange nach ihrem Brustverlust unter körperlichen Beschwerden, die damit zusammenhängen, zu leiden haben.

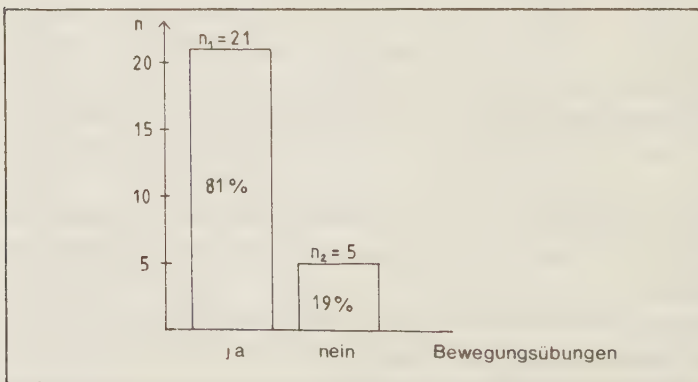
#### 12.19 Krankengymnastik nach der Brustamputation

Die therapeutische Bedeutung der Krankengymnastik und ihr hoher Stellenwert bei der Prävention nicht reversibler Bewegungseinschränkungen hat sie zu einem unverzichtbaren Bestandteil der Rehabilitation verschiedenster Erkrankungen gemacht. Um zu untersuchen, wieweit das auch bei der Behandlung brustamputierter Frauen beachtet wurde, stellte ich folgende Frage:

"Haben Sie nach Ihrer Brustamputation mit Bewegungsübungen begonnen?" und "Wurden Sie zu Bewegungsübungen angeleitet?"

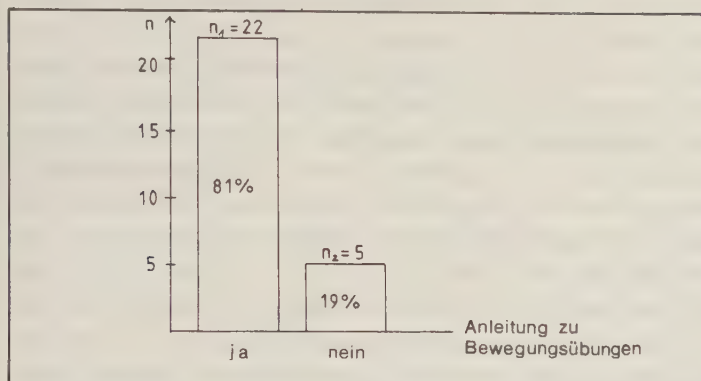
Dazu liegen 26, bzw. 27 Aussagen vor. Die Ergebnisse zeigen die Bilder 25 und 26.

Bild 25: Bewegungsübungen in direkter zeitlicher Folge der Brustamputation



bezogen auf n = 26

Bild 26: Anleitung zu Bewegungsübungen



bezogen auf  $n = 27$

81% von 26 Frauen begannen direkt nach ihrer Brustamputation mit Bewegungsübungen zur Prophylaxe von bleibenden Bewegungseinschränkungen. 19% sagten, keine besonderen Übungen gemacht zu haben. 81% von 27 Frauen wurden dazu von Fachkräften angeleitet, 19% jedoch nicht.

Somit muß Hypothese 24 neu formuliert werden:

An Brustkrebs erkrankte Frauen werden in der Mehrzahl zu Bewegungsübungen nach ihrer Brustamputation angeleitet.

Bei der Auswertung fiel auf, daß nur die Frauen, die zuvor zu Übungen angeleitet worden waren, sagten, sie hätten Bewegungsübungen gemacht. Andererseits gesehen heißt das:

Frauen ohne besondere Unterweisung machten keine speziellen Bewegungsübungen.

Somit läßt sich eine neue Hypothese aufstellen, die in weiteren Untersuchungen geprüft werden sollte:

Nur bei vorheriger Anleitung machen brustkrebserkrankte Frauen nach ihrer Brustamputation Bewegungsübungen.

Wie intensiv diese Übungen gemacht werden und wie lange sie fortgesetzt werden, ließ sich nicht feststellen, jedoch fiel auf, daß die Frauen, die keine Anleitung hatten und keine Übungen machten, überproportional in der Gruppe der Frauen vertreten sind, die gebliebene Bewegungseinschränkung beklagten (siehe 12.18).

Teilweise fingen die Frauen schon auf der Wachstation an, an ihrer Armbeweglichkeit zu arbeiten, und hatten danach mit anderen Frauen zusammen Übungsstunden.

Die Aufforderung zu eigenem Tun gibt den an Brustkrebs erkrankten Frauen auch Selbstverantwortung zurück. Eigene Aktivität verringert die passive Rolle während der stationären Behandlungsphase. Bei gemeinsamen Übungen entstehen Gruppenkontakte gleichbetroffener Frauen, die die Bewältigung erleichtern können. Fortschritte in der Beweglichkeit des Armes werden als Resultat persönlicher Handlungen erlebt und stützen dadurch auch das Selbstwertgefühl der erkrankten Frau.

Krankengymnastik hat somit eine therapeutische Wirkung, die weit über die Erhaltung motorischer Funktionen hinausgehen kann.

Davon konnten die Frauen ohne Anleitung zu Bewegungsübungen zu diesem Zeitpunkt nicht profitieren. Sie waren in kleinen Krankenhäusern oder in Belegkliniken, wo scheinbar im Therapieplan Bewegungsübungen nicht aufgenommen waren. Eine Frau bekam möglicherweise wegen dieses Fehlers eine Oberarmthrombose kurz nach ihrer Brustamputation.

### 13. GESPRÄCHSGRUPPEN (SELBSTHILFEGRUPPEN)

Auf die Bedeutung von Selbsthilfegruppen für an Brustkrebs erkrankte Frauen wurde schon im Literaturteil verwiesen.

Selbsthilfegruppen als Einrichtung und Möglichkeit zur Kontaktaufnahme mit anderen betroffenen Frauen waren allen von mir befragten Frauen mit nur einer Ausnahme bekannt.

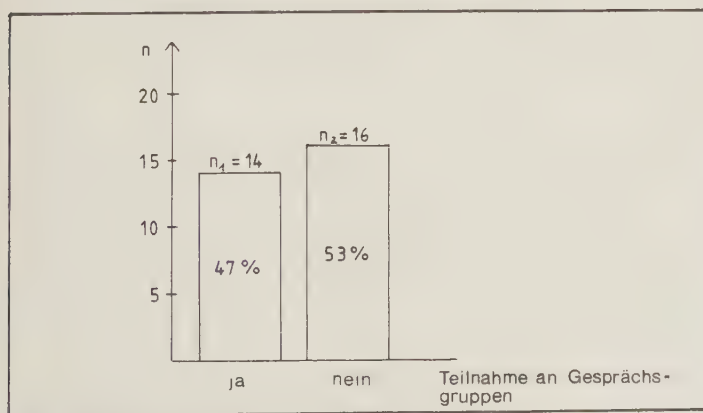
Da sich die mir mitgeteilten Erfahrungen auch auf Gesprächsgruppen von Frauen mit Brustkrebs bezogen, die professionelle Helfer (Krankengymnastin, Sozialarbeiterinnen) als "Leiterinnen" der Gruppen hatten, ziehe ich es vor, den allgemeineren Begriff Gesprächsgruppe zu verwenden, ohne damit das Potential an Selbsthilfe als verringert anzusehen.

Im Zusammenhang mit der Nachsorge interessiert, wie solche Gruppen von betroffenen Frauen eingeschätzt werden, ob sie daran teilnehmen und ob diese Unterstützungsform bei der Nachsorge thematisiert wird.

#### 13.1 Teilnahme an Gesprächsgruppen

Von den von mir befragten Frauen hatten 47% eigene Erfahrungen mit Gesprächsgruppen für brustamputierte Frauen. 53% der Frauen hatten an solchen Gruppen nie teilgenommen (siehe Bild 27)

Bild 27: Teilnahme an Gesprächsgruppen



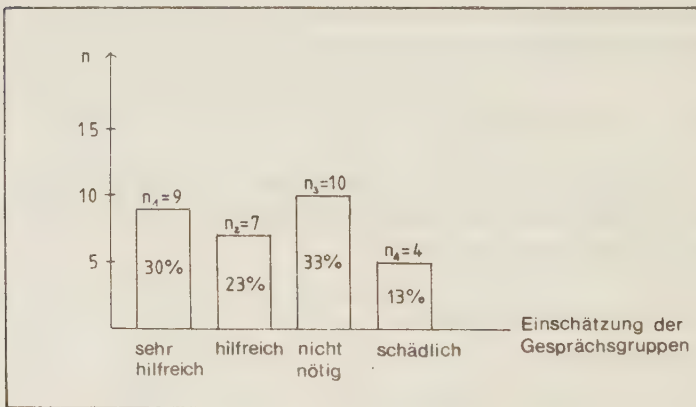
bezogen auf n = 30

Die Frauen mit Gruppenerfahrung gingen schon unterschiedlich lange zu den Treffen, meist nahmen sie kontinuierlich daran teil. Sie waren zu gleichen Teilen mit und ohne Lebenspartner. Dennoch waren bei ihnen verglichen mit den Frauen, die nicht an Gesprächsgruppen teilnahmen, mehr Frauen alleinstehend, während bei den Frauen ohne Gesprächsgruppenerfahrung die mit festen Lebenspartnern überwogen.

### 13.2 Einschätzung der Gesprächsgruppen

Alle befragten Frauen hatten eine Meinung zu Gesprächsgruppen für an Brustkrebs erkrankte Frauen.

Bild 28: Auf sich bezogene Einschätzung der Gesprächsgruppen



bezogen auf  $n = 30$

53% der befragten Frauen hielten eine Gesprächsgruppe für sich für sehr hilfreich und hilfreich, ein Drittel meinte, eine Gruppe sei für sie nicht nötig, vier Frauen dachten, es würde ihnen psychisch schlechter gehen, wenn sie daran teilnahmen, hielten eine Gesprächsgruppe deshalb für sich für schädlich.

Alle Frauen, die persönliche Erfahrungen mit Gesprächsgruppen hatten, beurteilten diese für hilfreich oder sehr hilfreich.

Frauen, die solche Gruppen nicht aus eigenem Erleben kannten, lehnten diese nur zu 25% ab, 75% schrieben ihnen eine Hilfsfunktion für andere Frauen zu,

besonders wenn diese nicht mit ihrer Umgebung über ihre Erkrankung reden können. Nur zwei der Frauen ohne Gruppenerfahrung bezogen das auch auf sich und sagten, ein regelmäßiger Austausch mit anderen Frauen könnte auch für sie selbst von Nutzen sein, das waren Frau N. und Frau O. (Beispiele 2 und 7).

Die Frauen mit Gruppenerfahrung stellten die Hilfe, die sie dadurch bekamen, unterschiedlich dar:

Eine Frau meinte, früher hätte sie die Gruppe nicht gebraucht, aber nach der Ehescheidung wurde sie zu einer wichtigen Stütze für sie. Eine andere Frau, die nach ihrer Amputation sofort wieder arbeiten ging und ihre Erkrankung nach außen hin verheimlichte, genoß diesen Kreis Gleichbetroffener, wo sie sich offen aussprechen konnte und sagte:

"Das war das Beste, was mir damals passieren konnte".

Von anderen Frauen, die die gleichen Erlebnisse durchgemacht hatten, fühlten sie sich voll verstanden. Im Klima des Vertrauens konnten auch sehr persönliche Probleme angesprochen werden, die dadurch leichter angebar wurden.

Wichtige Informationen wurden unter gleichen ausgetauscht, ohne die Schwelle beim Aufsuchen eines professionellen Helfers überwinden zu müssen.

Nicht mit der Erkrankung allein zu sein und das Erleben eigener Helferkapazitäten in den Gesprächen stärkten das Selbstbewußtsein der erkrankten Frauen.

Stark stützend wirkt auch das Lernen am Vorbild anderer Frauen, das Miterleben anderer Bewältigungsstrategien und die Erfahrung, "daß es weitergeht damit" (mit der Krankheit). Dies wird aber nicht abstrakt vermittelt, sondern ist durch die persönliche Nähe miterlebbar und damit besonders lehrreich.

Wie intensiv die Auseinandersetzung miteinander ist, unterscheidet sich in jeder Gruppe, die Bedürfnisse der Frauen sind verschieden und ändern sich auch mit der Zeit.

Für einige Frauen war die Gruppe ein für sie wichtiger Ort, soziale Kontakte zu pflegen, andere hatten zum Gesprächszeitpunkt das Gefühl, die Gruppe nun nicht mehr zu benötigen, hielten die Zeit gekommen, sich von ihr zu verabschieden. Einige gingen nur noch aus einem Verpflichtungsgefühl anderen Frauen gegenüber, die kurz nach der Amputation Hilfe suchen, zu den Gruppentreffen, um diesen beizustehen.

Mehrere berichteten, selbst aktiv etwas unternommen zu haben, um die Nach-

sorgesituation zu verbessern. Sie initiierten Gruppen, gingen in Krankenhäuser, um dort andere an Brustkrebs erkrankte Frauen zu informieren, auf Gruppentreffen hinzuweisen oder hielten dabei weiter Kontakt zu Gruppenmitgliedern, wenn eine Krankheitsverschlechterung zu stationären Aufhalten führte.

Sich selbst und anderen helfen zu können, gab ihrem Leben einen neuen Sinn und daraus erwuchs ihnen eine große Stärke.

Zusammenfassend möchte ich hiermit die Hypothese 25 bestätigen:

An Brustkrebs erkrankte Frauen beurteilen Gesprächsgruppen gleichbetroffener Frauen als hilfreich für sich, wenn sie daran teilgenommen haben.

Von der hilfreichen Orientierung an anderen gleichfalls erkrankten Frauen berichteten auch Frauen, die zu keiner Gruppe gingen. Mehrere schlossen Kontakt schon im Krankenhaus, auf der Kur oder im näheren Wohnumfeld zu einer anderen Frau mit Brustkrebs, mit der sie sich dann sehr eng verbunden fühlten. So findet Selbsthilfe auch ohne den Rahmen einer Gesprächsgruppe statt.

Als Einwand gegen Selbsthilfegruppen wird gerade von Ärzten häufig angeführt, die Krankheitsverschlechterung oder der Tod eines Mitgliedes würde die Gruppe sehr beunruhigen und unnötig belasten. Diesen Belastungen sind aber auch die Frauen ohne Gruppenzugehörigkeit ausgesetzt, da sie wie gerade beschrieben auch Kontakte zu anderen erkrankten Frauen haben (ausgenommen der Fall, sie verdrängen ihre Erkrankung sehr, - dann würden sie aber auch nicht zu einer Selbsthilfegruppe gehen).

Eine Gruppe kann auch bei dem Thema Sterben sehr stabilisierend wirken, wenn die bedrängenden Emotionen verbalisiert werden können. Möglicherweise wird ohne Rückhalt in einer Gruppe die Verschlimmerung der Erkrankung oder das Sterben einer neu gewonnenen Freundin schlechter bewältigt.

Das am häufigsten von den Frauen ohne Gruppenanschluß geäußerte Vorurteil war die Annahme, in der Gesprächsgruppe für an Brustkrebs erkrankte Frauen werde "dauernd", "nur" oder zumindest "zuviel" über die Erkrankung gesprochen. Vier Frauen befürchteten, dadurch erst deprimiert zu werden.

Diese Abwehr läßt teilweise die Projektion eigener Verdrängungen erkennen (im Sinne von: ich will gar nicht - die reden nur davon), teilweise führten auch falsche Informationen zu einer ablehnenden Einstellung.

Selbstverständlich benötigt nicht jede Frau eine Gruppe, und ebenso können Gruppenprozesse negativ erlebt werden. Nicht zu vergessen ist jedoch, daß

die Entscheidung über die Teilnahme an einer Gesprächsgruppe immer die betroffene Frau selbst behält. Sie handelt dabei selbstverantwortlich und stellt die Indikation auch selbst.

Im Beratungsgespräch bei der Nachsorge von an Brustkrebs erkrankten Frauen sollte jedoch auf die mögliche Hilfestellung bei der Krankheitsbewältigung durch die Gesprächsgruppen verwiesen werden. Der Helfer in der Nachsorge müßte der betreffenden Frau, wenn sie Interesse an einer solchen Gruppe äußert, auch eine entsprechende Telefonnummer oder Anschrift aushändigen können.

Günstig zur Kontaktaufnahme sind auch Informationshefte oder regelmäßige Besuche von Vertreterinnen der Gesprächsgruppen in den Krankenhäusern ihrer jeweiligen Bezirke.

Einige Krankenhäuser in West-Berlin ermöglichen eine frühe Kontaktaufnahme gleichbetroffener Frauen, teilweise wurden von den befragten Frauen aber auch erhebliche institutionelle Widerstände gegen Selbsthilfegruppen beschrieben.

### 13.3 Empfehlung zu Gesprächsgruppen

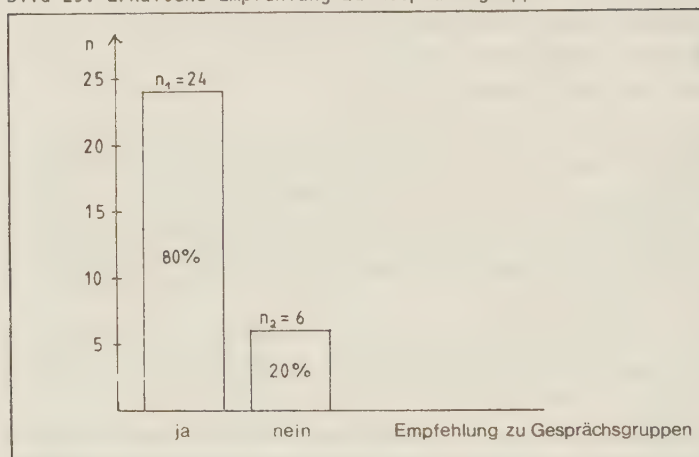
Wichtig erschien, zu klären zu versuchen, ob die an Brustkrebs erkrankten Frauen Empfehlungen erhalten haben, eine Gesprächsgruppe zu besuchen, und wenn ja, von wem.

80% der befragten Frauen hatten Hinweise und Empfehlungen erhalten, eine Gesprächsgruppe zu kontaktieren. Mehr als die Hälfte machte das auch. 20% konnten keine Empfehlung nennen, sich einer Gruppe Gleichbetroffener anzuschließen, keine von ihnen tat es.

Eine Empfehlung wird sich auf das Verhalten ganz unterschiedlich, je nach der subjektiven Bedeutung des Ratgebers für die betreffende Frau auswirken.

Wer hatte diese Beratungsfunktion inne? Darüber gibt Tabelle 17 Aufschluß, es gab Mehrfachnennungen.

Bild 29: Erhaltene Empfehlung zu Gesprächsgruppen



bezogen auf n = 30

Tabelle 17: Empfehlung zu Gesprächsgruppen nach Art der Ratgeber und Annahme des Rates.

| Ratgeber                    | Häufigkeit | Gesprächsgruppenkontakt |
|-----------------------------|------------|-------------------------|
| <b>Nicht-professionelle</b> |            |                         |
| <b>Helfer:</b>              |            |                         |
| Medien                      | 5          | 1                       |
| Mitbetroffene               | 3          | 3                       |
| Anschlag im Krankenhaus     | 3          | 3                       |
| Verwandte                   | 1          | 1                       |
| Freundin                    | 1          | -                       |
| <b>Professionelle</b>       |            |                         |
| <b>Helfer:</b>              |            |                         |
| Sozialarbeiter              | 9          | 3                       |
| Krankengymnastin            | 6          | 4                       |
| Krankenschwester            | 3          | 3                       |
| Arzt                        | 1          | 1                       |
| Psychologe                  | 1          | 1                       |

Angabe absoluter Häufigkeit

Auf die subjektive Bedeutung der Empfehlung weist die zweite Spalte hin, die anzeigt, wieviele Frauen danach zu einer Gesprächsgruppe gingen.

Medien (Radio, Fernsehen, Zeitschriften) vermitteln die Angaben möglicherweise zu distanziert, um das Verhalten zu beeinflussen, jedoch reagierten die Frauen sehr auf Anschläge im Krankenhaus. Ebenso können Mitbetroffene stark motivieren, eine Gesprächsgruppe aufzusuchen.

Von den professionellen Helfern empfahlen Sozialarbeiter/innen am häufigsten Gesprächsgruppen, der Rat allein reichte aber bei einem Großteil dieser Frauen nicht aus, mit einem Gesprächskreis Kontakt aufzunehmen. Öfters gaben auch Krankengymnastinnen diese Empfehlung, selten jedoch andere Berufsgruppen, wenn man bedenkt, wie häufig brustkrebserkrankte Frauen mit Ärzten und Krankenschwestern zusammen sind. Wenn sie aber diese Empfehlung aussprachen, scheint sie sehr ernst genommen worden zu sein.

Die Empfehlung zu einer Gesprächsgruppe zu gehen, ist sicher nur ein Teil im Mosaik der Entscheidung einer Frau, es auch zu tun. Der Hinweis auf Gesprächsgruppen soll nicht überbewertet werden, jedoch muß er im Hinblick auf seine richtungsweisende Bedeutung im Beratungsgespräch bei der Nachsorge von an Brustkrebs erkrankten Frauen beachtet werden.

#### 13.4 Abraten von Gesprächsgruppen

Im Vergleich zu den ausgesprochenen Empfehlungen wurde auch untersucht, ob Frauen abgeraten wurde, zu Gesprächsgruppen zu gehen, und wenn ja, von wem. Alle Frauen äußerten sich dazu, Bild 30 zeigt das Ergebnis:

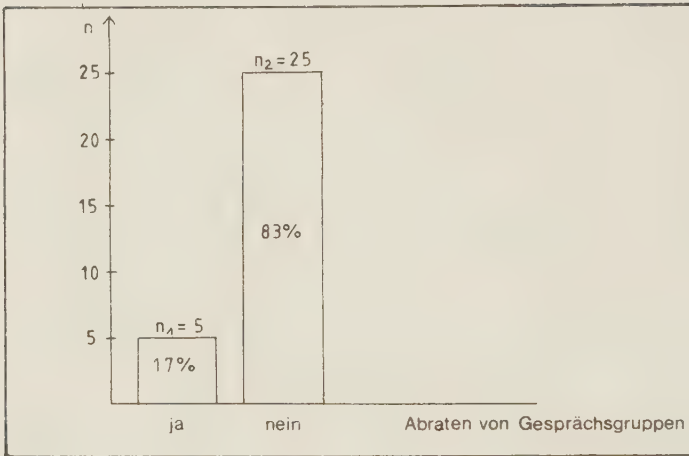
Nur 17% der befragten Frauen wurde von einer Gesprächsgruppe für an Brustkrebs erkrankte Frauen abgeraten. Wer sich dagegen aussprach, zeigt Tabelle 18.

Ein Hinweis auf die subjektive Bedeutung des Abratens ist die zweite Spalte, die anzeigt, welche Frauen danach nicht zu einer Gesprächsgruppe gingen.

Alle Frauen, denen von einer Gesprächsgruppe abgeraten wurde, hatten aber auch Empfehlungen dazu erhalten.

Zwei Frauen nahmen nach dem Abraten keinen Kontakt auf zu einer solchen Gruppe. Drei Frauen jedoch, die sich in eigener Unsicherheit an Ärzte wandten, bekamen von diesen zu hören, sie sollten nicht hingehen, hielten sich

Bild 30: Abraten von Gesprächsgruppen



bezogen auf n = 30

Tabelle 18: Abraten von Gesprächsgruppen

| Abratende                   | Häufigkeit | Kein Gesprächs-<br>gruppenkontakt |
|-----------------------------|------------|-----------------------------------|
| Nichtprofessionelle         |            |                                   |
| Helfer:                     |            |                                   |
| Verwandte                   | 1          | 1                                 |
| Professionelle              |            |                                   |
| Helfer:                     |            |                                   |
| Arzt                        | 3          | -                                 |
| Krankenschwester            | 1          | 1                                 |
| Angabe absoluter Häufigkeit |            |                                   |

aber nicht an diesen Rat, gingen trotzdem zu Gesprächsgruppen und fanden diese sehr hilfreich für sich.

Verglichen mit der nur einmal ausgesprochenen Empfehlung rieten dreimal so viel Ärzte von Gesprächsgruppen ab. Wieweit das vorherrschende Meinungen in der Ärzteschaft widerspiegelt, läßt sich nicht bestimmen.

Im Verhalten der Frauen wurde jedoch deutlich, daß sie die Indikation zu Gesprächsgruppen selbst stellen können.

Der genaue wissenschaftliche Nachweis der unterstützenden Qualitäten von Gesprächsgruppen für an Brustkrebs erkrankte Frauen mag von zukünftigen Untersuchungen erbracht werden. Die Entwicklung von Gesprächsgruppen gleichbetroffener Menschen kommt auch ohne wissenschaftliche Bestätigung zustande und wird voraussichtlich auch fortschreiten.

Zusammenfassend möchte ich festhalten: Das Thema Gesprächsgruppe für an Brustkrebs erkrankte Frauen findet bei der Betreuung und Nachsorge dieser Frauen berufsgruppenspezifisch eine unzureichende Würdigung.

## 14. ERWERBSLEBEN

Bei der Untersuchung der psychosozialen Auswirkungen der Brustkrebserkrankung interessieren die Veränderungen in der Beschäftigungssituation der betroffenen Frauen.

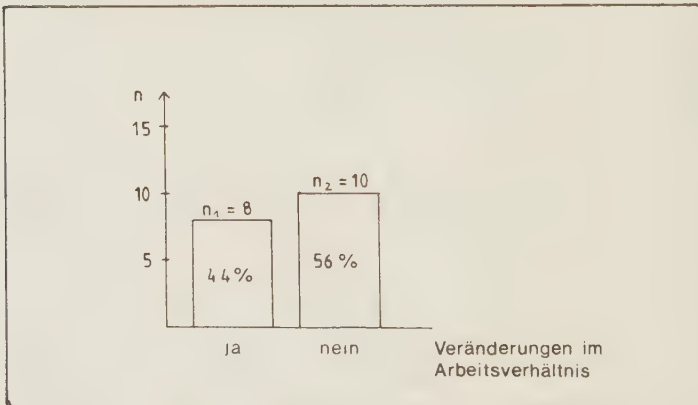
Wichtig erscheint nicht nur der Aspekt der materiellen Existenzsicherung, sondern auch die soziale Bestätigung im Erwerbsleben, die erheblich zum Selbstwertempfinden beiträgt.

### 14.1 Veränderung im Arbeitsverhältnis

Zum Gesprächszeitpunkt hatten 46% der 30 befragten Frauen ein Arbeitsverhältnis (siehe auch 5.9).

Vor ihrer Erkrankung arbeiteten 60% aller interviewten Frauen. Von diesen behielten 56% ihren Arbeitsplatz, darunter sind alle, die eine Vollzeitanstellung hatten. Bei 44% der Frauen, die vor ihrer Erkrankung ein Arbeitsverhältnis hatten, kam es zu einer Änderung ihrer Beschäftigungssituation.

Bild 31: Veränderung im Arbeitsverhältnis nach Auftreten der Brustkrebserkrankung



bezogen auf  $n = 18$ , Frauen, die vor ihrer Erkrankung ein Arbeitsverhältnis hatten

Mehr als die Hälfte der Frauen, bei denen es zu einer Veränderung im Ar-

beitsverhältnis kam sind jetzt ohne Erwerbstätigkeit (vgl. Frau G., Frau A., Frau O. Beispiele 1, 3 und 7). Drei Frauen fanden eine neue Anstellung.

Drei Frauen wurde von ihrem privaten Arbeitgeber gekündigt, zwei Frauen schon während der Krankschreibung, was gegen die Arbeitsrechtsgesetze verstößt. Nur eine erhob Einspruch dagegen und bekam in einem außergerichtlichen Vergleich eine Geldsumme als Abfindung. Alle drei waren durch die Kündigung sehr verletzt. Zwei von ihnen fanden eine neue Lohnarbeit.

Nur eine der Frauen mit der veränderten Beschäftigungssituation löste von sich aus ihren Arbeitsvertrag, um eine bessere Arbeitsstelle anzunehmen.

Von den Frauen, die vor ihrer Erkrankung kein Arbeitsverhältnis hatten, fand nur eine eine neue, bezahlte Beschäftigung.

Zusammenfassend läßt sich die Hypothese 26 bestätigen:

Bei an Brustkrebs erkrankten Frauen kommt es in der Folge ihrer Erkrankung häufig zu Veränderungen in ihrer Beschäftigungssituation, wenn sie vorher in einem Arbeitsverhältnis gestanden haben.

Dese Veränderungen sind aber nicht als notwendiger Ausdruck des somatischen Krankheitsprozesses zu sehen, sondern unterliegen in hohem Maße willkürlichen gesellschaftlichen Bedingungen. Das wurde deutlich bei den Kündigungen. Nämlich durch die Tatsachen, daß nur Frauen mit Teilzeitarbeitsstellen ihre Beschäftigung verloren, und daß es sich in diesen Fällen um nicht öffentlich-rechtliche Arbeitgeber handelte.

Der Verlust an materieller Sicherheit wurde zwar teilweise durch Rentenzahlungen oder die finanzielle Stütze des Partners ausgeglichen. Aber die Einbuße an sozialen Kontakten und Unterstützungsmöglichkeiten ist für viele Frauen wesentlich schwerer zu bewältigen.

#### 14.2 Informiertheit der Berufskollegen/innen

Die Frauen, die zum Gesprächszeitpunkt ein Arbeitsverhältnis hatten, äußerten sich alle auf die Frage, ob sie mit ihren Kollegen und Kolleginnen über ihre Erkrankung reden können. Alle diese Frauen sagten, an ihrem Arbeitsplatz sei ihre Erkrankung mittlerweile bekannt. 43% der Frauen meinten, sie könnten auch offen darüber mit ihren Berufskollegen/innen reden (vgl. 7.2.1).

Arbeitskollegen/innen haben eine wichtige potentielle Unterstützungsfunk-

tion als nicht-professionelle Helfer.

Manche Frauen betonten, wie gut ihnen der Zuspruch und die Annahme durch ihre Mitarbeiter/innen getan hätte:

Eine Frau arbeitet in einem Kaufhaus. Die Erkrankungen der jeweiligen Mitarbeiter sind immer in aller Munde. Sie selbst hatte vor ihrer Erkrankung aus Furcht vor Ansteckung vermieden, krebserkrankten Kollegen die Hand zu geben. Als sie wieder anfangen zu arbeiten, beobachtete sie sehr genau die Reaktionen der anderen, gesunden Kollegen/innen auf sie. Erleichtert nahm sie nur Zuwendung wahr, erlebte keinerlei Zurückweisung.

Eine andere Frau verheimlichte zwei Jahre lang ihren Kollegen ihre Erkrankung. Sie hatte schon während der Bestrahlungszeit wieder gearbeitet. Als sie in einer Fernsehsendung über Selbsthilfegruppen als Krebserkrankte sprach, wurde sie von Kollegen zufällig gesehen. Zu ihrer eigenen Überraschung fand sie am Arbeitsplatz nur positive Aufnahme bei ihren Mitmenschen.

Mehrere Frauen meinten, die anderen wüßten Bescheid, aber es werde auf der Arbeit nicht darüber gesprochen. Meistens fällt zumindest der Mehrurlaub, den die an Brustkrebs erkrankte Frau auf Grund ihres Schwerbehindertenausweises besitzt, den Kollegen auf und gibt Anlaß zu Fragen.

Eine Frau fühlte sich nach ihrer Brustamputation im Mittelpunkt des Interesses, fast der Neugier ihrer Kolleginnen. In den letzten vier Jahren sei aber nie mehr ein Wort darüber gefallen. Dieser Frau waren die Nachsorgetermine während der Arbeitszeit äußerst unangenehm, weil diese sichtbar für andere auf ihre Erkrankung hinwiesen, was sie sonst immer zu vermeiden trachtete.

Im Verhältnis zu den Arbeitskollegen/innen zeigen sich die unterschiedlichen Strategien und Fähigkeiten brustkrebserkrankter Frauen bei der Krankheitsbewältigung. In den Erzählungen der Frauen wurde auch in diesem Bereich die Umgebungsreaktionen deutlich, die schon unter Punkt 9 dargestellt wurden.

Hilfe durch andere kann dort besonders entstehen, wenn ein offenes Gespräch über die Erkrankung möglich ist und die betroffene Frau sich nicht hinter einer Fassade verstecken zu müssen glaubt. Das sollten Nachsorgetgespräche ermöglichen.

#### 14.3 Nachteile im Berufsleben

Die größte Benachteiligung im Berufsleben dürfte die sein, daß jemand gegen

seinen Willen davon ausgeschlossen wird.

Diese Ausgrenzung wird als den Selbstwert minderndes Nicht-mehr-Gebraucht-werden erlebt, ist kränkend und unter Umständen auch ein krankmachender Faktor per se.

Bei der gegenwärtig zunehmenden Arbeitslosigkeit gelten behinderte Menschen als auf dem Arbeitsmarkt schwer vermittelbar. Das heißt, sie werden von anderen Menschen als vermindert leistungsfähig und als Krebskranke im speziellen als mit einem erhöhten Krankheitsrisiko behaftet eingestuft, was möglicherweise die Profitrate vermindert. Scheinbar objektive marktwirtschaftliche Entscheidungen in der Unternehmensführung bedingen menschliches Leid.

So berichteten einige Frauen, wie ihnen auf dem Arbeitsamt der Tip gegeben wurde, bei einer Stellenbewerbung erst einmal nichts von ihrem Schwerbehindertenausweis zu erzählen, um die Chancen für eine Anstellung nicht zu vermindern. Bei der Arbeitssuche nach Erwähnung ihrer Krankheit und des Schwerbehindertenstatus gleich abgelehnt zu werden, war für sie sehr deprimierend. Verständlich werden so zweifelnde Aussagen wie:

"Ich habe zwar mehr Rechte, aber bekomme ich auch Arbeit?".

Die Wut über eine persönliche Benachteiligung kann zu einer aktiven Bewältigung führen, bei vielen bewirkt es aber eher resignativen Rückzug.

Die Arbeit an der notwendigen Enttabuisierung der Krebserkrankungen stößt nach der teilweise gelungenen Entmythisierung auf ökonomische Barrieren, die mangelnde Mitmenschlichkeit unserer Gesellschaft erkennen lassen.

In der Nachsorge bei an Brustkrebs erkrankten Frauen muß darauf geachtet werden, bestehende Arbeitsverhältnisse zu erhalten oder - falls notwendig - die Suche nach einer neuen, der individuellen Leistungsfähigkeit angemessenen Beschäftigung zu unterstützen.

Die Verhinderung ungewollter Arbeitslosigkeit ist eine wichtige präventive sozialmedizinische Aufgabenstellung, die mir manchmal als zu wenig beachtet erscheint.

Auch bei Frauen, die vor ihrer Erkrankung nicht in einem Beschäftigungsverhältnis standen, sollte berücksichtigt werden, ob sie vielleicht inzwischen arbeiten möchten, es aber nur nicht wagen. Ein derartiger Neuanfang kann für eine an Brustkrebs erkrankte Frau eine wichtige stabilisierende Aufgabe und Selbstbestätigung sein.

Keine befragte Frau berichtete, von ihren Kollegen/innen an ihrer Arbeitsstelle massiv abgelehnt worden zu sein. Zwei Frauen ärgerten sich über ihnen unangenehme Anspielungen (z.B. "Einen Schwerbeschädigtenausweis müßte man haben" - Neid anderer auf den Mehrurlaub) oder verletzendende Bemerkungen ihres Chefs. Sie beschrieben aber auch verstärkte eigene Empfindlichkeit, die Neigung, alles stärker auf sich zu beziehen.

Wichtig erscheinen mir die von mehreren Frauen berichteten Schuldgefühle wegen ihrer Erkrankung ihrem Arbeitgeber gegenüber. Eng verknüpft sind diese mit der Angst vor Arbeitslosigkeit und dem Dank, nicht gekündigt worden zu sein. Das führt bei diesen Frauen zu vermehrten Arbeitsleistungen und einem größeren Pflichtgefühl. Es kann auch zum Verzicht auf Kuren führen, um der Arbeit nicht fernzubleiben. Solches Fehlen wird als unangenehmes Auffallen phantasiert.

So kann ein Verzicht auf Schonung bei der Arbeit und eventuell auch in der Familie zu einer chronischen Überlastung führen.

Die Helfer in der Nachsorge sollten darauf achten, ob die an Brustkrebs erkrankte Frau mit einer übermäßigen Arbeitsbewältigung versucht, ihr Selbstwertempfinden zu stabilisieren. Gesprächsinhalt und Ziel sollte dann sein, ihr zu ermöglichen, die einer Überkompensation zugrundeliegenden Zweifel an ihrem Wert zu bearbeiten.

## 15. ZUKUNFTSORIENTIERUNG

Die Fähigkeit, sich an einer individuellen Zukunft orientieren zu können, weist auf das Ausmaß der Bewältigung einer chronischen Erkrankung hin. Die Gedanken und die Wünsche an die eigene Zukunft können an Brustkrebs erkrankten Frauen Hoffnung und Zuversicht geben und sind auch Ausdruck innerer Stärke, ihrer Lebenskraft. Die Auseinandersetzung mit der Erkrankung kann zu einer Veränderung der vitalen Grundstimmung führen, die das Leben erschwert, manchmal aber auch erleichtert.

### 15.1 Stimmungsveränderung

In den Gesprächen machten 23 Frauen auswertbare Angaben bezüglich einer subjektiven Stimmungsänderung, die sich anhaltend seit der Brustkrebserkrankung entwickelte. Tabelle 19 gibt einen Überblick, es gab Mehrfachnennungen.

Tabelle 19: Stimmungsveränderung seit der Brustkrebserkrankung

| Stimmungsveränderung         | Häufigkeit |              |
|------------------------------|------------|--------------|
|                              | absolut    | % von n = 23 |
| keine                        | 3          | 13           |
| bewußter dem Leben gegenüber | 8          | 35           |
| selbstbewußter               | 5          | 22           |
| gelassener                   | 5          | 22           |
| depressiver                  | 5          | 22           |
| empfindlicher                | 2          | 9            |
| reifer                       | 1          | 4            |
| wohler                       | 1          | 4            |

Nur drei Frauen sagten, ihre Stimmung sei verglichen mit der Zeit vor ihrer Brustkrebserkrankung gleichgeblieben. Eine von ihnen meinte, sich direkt nach der Brustamputation irgendwie "beschwingter" gefühlt zu haben. Bei allen diesen drei Frauen fiel mir im Gespräch auf, daß sie ihre Betroffenheit durch die Folgen der Krankheit stärker verdrängten.

Die anderen Frauen beschrieben, wie sie in der Auseinandersetzung mit ihrem

möglichen Lebensende ihr bisheriges Leben reflektierten und dadurch teilweise zu neuen Prioritäten sich entschlossen. Ein Großteil der Frauen erlebt die Lebenszeit seit ihrer Erkrankung intensiver und "bewußter". Einige beschrieben, sich selbst im Bewußtsein der Endlichkeit ihrer Existenz ("weil ich ja nicht weiß, was nächstes Jahr ist") mehr zu gönnen, sich selbst besser wahrzunehmen und mit sich zufriedener zu sein. Andere beschrieben eine Zunahme von Selbstbewußtsein, woran es ihnen früher gemangelt habe. Manche erfüllten sich Wünsche, die sie sich jahrelang verwehrt hatten, sie begannen, sich selbst zu akzeptieren.

Bei der Krankheitsbewältigung werden viele Kräfte mobilisiert, die oft lange an den einzelnen schlummerten. Der krisenhafte Einbruch der Erkrankung in das frühere Leben wurde von einigen positiv gesehen als Anstoß zu weiterer individueller Reifung.

Die Konfrontation mit dem persönlichen Tode, der in Phantasien schon zur Zeit der Diagnosemitteilung erlebt wurde, führte bei einem Teil der Frauen zu einer Betonung depressiver Anteile.

Niedergeschlagenheit ist jedoch oft nur zeitweise vorherrschend, in Momenten in denen die Frauen ihr mögliches Lebensende besonders intensiv vor Augen haben (häufig wurde das von der nachstationären Zeit berichtet).

Bei einigen dominierte andauernd die Angst, "es geht nicht weiter". Große Angst zu haben, behindert zu leben.

Ganz überwältigend kann die Angst werden, wenn Rezidive auftreten. Dann sind menschliche Zuwendung und Aussprachemöglichkeiten für die davon betroffene Frau besonders nötig und hilfreich.

Alle diese subjektiven Veränderungen stehen in enger Wechselwirkung mit der Umgebung, werden von dieser erleichtert und erschwert, führen auch möglicherweise zu neuen Schwierigkeiten, z.B. wenn sich das Machtgefüge in der Familie durch das wachsende Selbstbewußsein der Frau verschiebt.

Dieses Potential an persönlicher Reife sollte den Helfern in der Nachsorge bei an Brustkrebs erkrankten Frauen bekannt sein und von ihnen bei den Beratungsgesprächen gefördert werden.

## 15.2 Sterben

25 der 30 befragten Frauen machten auswertbare Aussagen zu ihren Gefühlen, die sie haben, wenn sie an das Sterben denken. Tabelle 20 gibt eine Übersicht, es gab Mehrfachnennungen.

Tabelle 20: Gefühle beim Sterben

| Gefühle     | Häufigkeit |              |
|-------------|------------|--------------|
|             | absolut    | % von n = 25 |
| Angst       | 13         | 52           |
| Unwillen    | 7          | 28           |
| Hinnahme    | 4          | 16           |
| Sehnsucht   | 3          | 12           |
| Trauer      | 2          | 8            |
| Ruhe        | 1          | 4            |
| Kein Gefühl | 5          | 20           |

52 % der Frauen beschrieben das Gefühl der Angst in Verbindung mit dem individuellen Sterben. Nur vier Frauen sagten explizit, keine Angst zu haben. Einige Frauen meinten, nicht das Sterben an sich mache ihnen Angst, sondern die Aussicht auf damit verbundene Schmerzen und langes Leiden. Eine Frau empfand es als besonders tröstend dabei, zu wissen, ihre Familie werde sie pflegen und nicht abweisen.

Ihren Unwillen, zu sterben, betonten 28% der Frauen. Sie möchten das Leben noch "genießen" und sehen Aufgaben in ihm, die sie noch erfüllen wollen.

Hinnahme drückten vier Frauen aus. Eine typische Bemerkung war:

"Wenn es sein muß, dann muß es sein!"

Hinter dieser Haltung drückt sich meist eher eine rationale Umgangsweise mit dem Tode aus, als eine innere Gelassenheit. Diese Frauen konnten sich im Gespräch nicht voll in ihrer Emotionalität ausdrücken. Das vermute ich auch bei den Frauen, die meinten, keine Gefühle beim Gedanken an das Sterben zu haben.

Zwei Frauen äußerten Trauer bei der Vorstellung, zu sterben, eine nur Ruhe und Gelassenheit. Sie hatte sich schon intensiv mit ihrem Lebensende auseinandergesetzt.

Drei Frauen sagten, sich manchmal nach dem Sterben zu sehnen, sahen es

teilweise als "Erlösung" von ihren Schwierigkeiten im Leben an (siehe Frau W., Beispiel 8). Sie waren nicht akut suicidal.

In den Gesprächen fiel mir auf, daß der Gedanke an eine Selbsttötung bei vielen Frauen im Verlauf ihrer Krankheitsgeschichte auftrat und bei einigen auch sehr stark war.

Besonders vor der Brustamputation, als sie auf diese Operation warteten, fühlten sich drei Frauen von dem Gedanken, sich das Leben zu nehmen, bedrängt. Sie litten sehr darunter, konnten aber damals mit niemanden darüber sprechen. Zwei Frauen berichteten Suicidgedanken in Zeiten, wo sie sich sehr niedergeschlagen fühlen. Zwei andere Frauen denken bei der Vorstellung eines aussichtslosen Krankheitsverlaufes daran, sich selbst zu töten.

Als wichtige Gründe, am Leben bleiben zu wollen, wurden von ihnen ihre Kinder, Partner und eine religiöse Orientierung genannt. Bei der Überlegung zu einem so schwerwiegenden Entschluß half immer die Hoffnung auf Weiterleben in der Ungewißheit und Angst vor dem Kommenden.

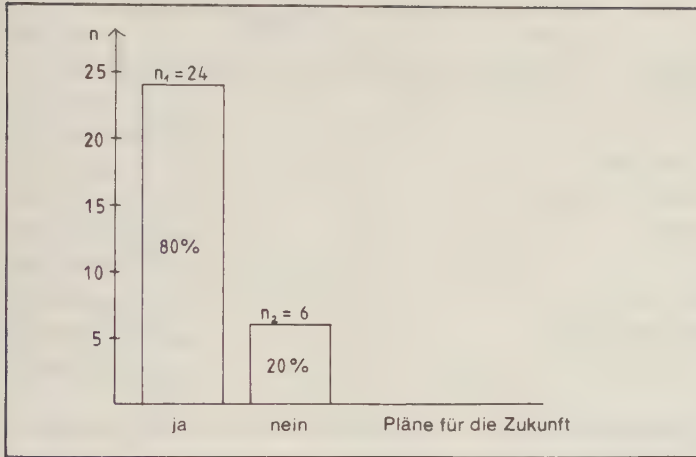
In der Betreuung von an Brustkrebs erkrankten Frauen erscheint es mir sehr wichtig, die Selbsttötungsgedanken als Ausdruck eines individuellen Problemlösungsversuches anzusprechen. Das gibt der betreffenden Frau die Möglichkeit, sich in ihrer inneren Isolierung auszudrücken und erleichtert es ihr, ihre Schwierigkeiten zu bearbeiten und die Erkrankung zu bewältigen. Bei der Konfrontation mit dem Sterben in realer oder phantasierter Form sollten die Helfer in der Nachsorge zuhören können und nicht versuchen, das Thema mit schnellen Tröstungen zu beenden. Menschliche Nähe und Kontinuität der Zuwendung zu einem Sterbenden zu bewahren, erfordert von Helfern viel Anstrengung und Auseinandersetzung mit sich selbst, verstärkt noch, wenn sie häufig damit in Berührung kommen.

### 15.3 Pläne

Hoffnung und Lebensenergie zeigen sich bei an Brustkrebs erkrankten Frauen auch in ihren Plänen, die sie für ihre Zukunft haben.

Nur eine der 30 befragten Frauen sagte, sie fühle sich ganz in der Gewalt ihrer Erkrankung, könne deshalb nichts planen. Bei ihr waren kurz vor dem Gespräch Skelettmetastasen festgestellt worden. Sie war eine von den 20% der befragten Frauen, die keine Pläne nennen konnten, dennoch hatten sie Wünsche für die Zukunft. 80% der Frauen planten voraus.

Bild 32: Pläne für die Zukunft



bezogen auf  $n = 30$

Zu den Frauen, die keine Vorhaben hatten, gehören auch Frau G. und Frau A. (Beispiel 1 und 3). Solche Planlosigkeit scheint kein Ausdruck von Kontemplation zu sein, sondern deutet hin auf Resignation.

Perspektivlosigkeit ist auch nicht einfach als krankheitsbedingt zu sehen, sondern ist eingebettet in eine spezifische Persönlichkeitssituation. Mehrere Frauen standen vor der Notwendigkeit, ihr auf die Familie hingerichtetes Leben nun nach dem Auszug ihrer Kinder neu zu orientieren. Ein Lebensumstand, der oft schon allein Ängste und Depressionen auslöst.

Die Zukunftspläne der Mehrzahl der Frauen bezogen sich auf die eigene Lebensgestaltung, die Arbeit, den Lebensraum oder auf andere Menschen. In ihnen zeigt sich das Bemühen um Verharren und/oder Veränderung. Tabelle 21 gibt eine Übersicht, es gab Mehrfachnennungen.

Diese Verschiedenheit in den Überlegungen zum eigenen weiteren Lebensweg spiegelt die Unterschiedlichkeit der jeweiligen Frauen wider. Sie zeigt auch, wie die Krankheit im Laufe der Zeit nicht mehr den ganzen Menschen beherrscht, sondern teilweise integriert werden kann.

Tabelle 21: Pläne für die Zukunft

| Pläne                        | Häufigkeit |              |
|------------------------------|------------|--------------|
|                              | absolut    | % von n = 24 |
| Lebensgestaltung             |            |              |
| Reisen                       | 12         | 50           |
| Gesundheit erhalten          | 6          | 25           |
| neue menschliche Beziehungen | 4          | 17           |
| Leben genießen               | 3          | 13           |
| Brustaufbau                  | 2          | 8            |
| selbständiger werden         | 2          | 8            |
| nicht überfordern lassen     | 2          | 8            |
| Arbeit                       |            |              |
| neue Arbeit                  | 7          | 29           |
| alte Arbeit behalten         | 4          | 17           |
| beruflicher Aufstieg         | 2          | 8            |
| Lebensraum verändern         | 6          | 25           |
| Pläne für andere             | 3          | 13           |

Für Helfer in der Nachsorge könnte das Fehlen von Plänen für die Zukunft ein Hinweis sein, sich der so tendenziell perspektivlosen Frau verstärkt zuzuwenden und sie beim Entwickeln neuer Lebensziele zu unterstützen. Diese verstärken das Verlangen nach einer Genesung, das zu einer physischen und psychischen Krankheitsbewältigung nötig ist.

#### 15.4 Wünsche

Alle befragten Frauen konnten Wünsche für die Zukunft benennen. Tabelle 22 gibt eine Übersicht, es gab Mehrfachnennungen.

In diesen Wünschen zeigen sich die Bedürfnisse sowohl nach Bewahren des Vorhandenen als auch die Suche nach Veränderung.

Fast die Hälfte der Frauen wünschte sich Gesundheit. Einige gebrauchten Formulierungen, wie z.B.: "daß es so bleibt, wie es ist", "daß nichts wiederkommt".

Gesundheit wird als Garant weiterer Entwicklung und eines ausgefüllten Lebens angesehen.

Tabelle 22: Wünsche an die Zukunft

| Wünsche                              | Häufigkeit |              |
|--------------------------------------|------------|--------------|
|                                      | absolut    | % von n = 30 |
| Gesundheit                           | 14         | 47           |
| das Leben ausnützen                  | 5          | 17           |
| die Entwicklung der Kinder erleben   | 5          | 17           |
| neuen Partner                        | 4          | 13           |
| wie bisher weiterleben               | 3          | 10           |
| Veränderung der Arbeitssituation     | 3          | 10           |
| Veränderung eigener Verhaltensweisen | 3          | 10           |
| Materielle Sicherheit                | 2          | 7            |
| Politische Wünsche                   | 2          | 7            |

Ein großer Teil der Frauen äußerte ganz konkrete Wünsche, die unausgesprochen eine längere Lebensspanne zur Voraussetzung haben. Das sind die Wünsche, die Entwicklung der eigenen Kinder mitzuerleben (17%), neue Lebenspartner zu finden (13%), sich selbst zu verändern (10%) oder im Arbeitsleben neue Wege zu gehen (10%). So wie bisher weiterleben zu können, drückt als Wunsch momentane Zufriedenheit aus und das Bedürfnis, sie zu erhalten.

Materielle Sicherheit, ein menschliches Grundbedürfnis, nannten hier nur zwei Frauen. Politische Wünsche wollten zwei Frauen in der Zufriedenheit erfüllt sehen (Erhaltung des Friedens, Wiedervereinigung Deutschlands). 17% der Frauen betonten, sie möchten das ihnen verbleibende Leben ausnützen und noch eine schöne Zeit haben.

Zusammenfassend möchte ich die Hypothese 27 bestätigen:

An Brustkrebs erkrankte Frauen haben Pläne und Wünsche für ihre Zukunft.

Bei den Frauen, die keine Pläne für die Zukunft äußerten, war eine fehlende Zukunftsorientierung deutlich.

Inwieweit die anderen Frauen ihre Ziele und Wünsche in ihrem täglichen Leben mit emotionellem Engagement und innerer Beteiligung verfolgen, ließ sich nicht feststellen.

Trotzdem sehe ich dieses Ergebnis als Hinweis, die von anderen Untersuchern (vgl. GROSSARTH-MATICEK, 1979) allgemein bei Krebspatienten festgestellte fehlende Zukunftsorientierung zu hinterfragen und diesen Problemkreis in Studien weiter zu überprüfen.

Andererseits sollten die vermuteten Zusammenhänge zwischen schlechtem Krankheitsverlauf und einem Verhalten, das nicht an der Zukunft orientiert ist, den Helfern in der Nachsorge Anlaß sein, an Brustkrebs erkrankte Frauen, die eine "Jetzt-ist-alles-aus-Haltung" haben zu ermutigen, die eigene Persönlichkeit weiterzuentwickeln. Auf die hierbei besonders stützende Möglichkeit der positiven Vorbilder durch die von der gleichen Erkrankung betroffenen Frauen bin ich schon oben eingegangen (siehe Punkt 13).

Die Darstellung der Zukunftsorientierung von an Brustkrebs erkrankten Frauen sollte dazu dienen, den Helfern in der Nachsorge zu illustrieren, wie vielfältig die betroffenen Frauen im Leben verwurzelt sind, und sie dazu auffordern, nicht nur die Tumorkranke zu sehen, sondern Menschen wahrzunehmen, die neben vielen anderen Eigenschaften auch die der Krebskrankheit haben.

### III. ZUSAMMENFASSUNG

Im Literaturteil ging ich ausführlich auf die gesellschaftlichen Folgen einer Krebserkrankung für den betroffenen Menschen ein. Krebs zu haben und dadurch chronisch krank zu sein, bewirkt eine gesellschaftliche Stigmatisierung des Kranken, die sein tatsächliches Leiden an den direkten Folgen seiner Krankheit erheblich vergrößern kann. Es ist nötig, an einer Beendigung der gesellschaftlichen Verdrängung von Krankheit und Sterben mitzuarbeiten, ohne daß damit dem Krebskranken die persönliche Auseinandersetzung mit seiner Krankheit abgenommen werden kann. Die Rehabilitation der Krebskranken ist nicht nur ein ärztliches Individualproblem sondern zugleich eine gesellschaftliche Aufgabe.

Die Brustkrebserkrankung bedroht die Identität einer Frau auf verschiedene Weise: sie bedroht die Identität als Frau, die soziale Identität und die Identität als Gesunde. Diese Bedrohungen werden individuell unterschiedlich erlebt und verarbeitet.

Die Brustkrebserkrankung verunsichert nicht nur die erkrankte Frau selbst, sondern auch ihre soziale Umgebung, die ihr jedoch eine große Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung sein könnte. Die Unsicherheiten im Umgang können zu anhaltenden Kommunikationsstörungen zwischen einer an Brustkrebs erkrankten Frau und ihrer Umgebung (einschließlich der professionellen Helfer) führen, die sich bis zur sozialen Isolation der erkrankten Frau entwickeln können.

Frühzeitige offene Aussprache hilft wechselseitigen Rückzug zu verhindern. Gerade die professionellen Helfer haben die Möglichkeit, durch einen offenen und verständnisvollen Umgang mit einer an Brustkrebs erkrankten Frau, ihr und ihren Angehörigen als Vorbild für deren Umgang miteinander und mit der malignen Erkrankung zu dienen.

Psychosoziale Nachsorge muß als wichtigen Bestandteil des Bemühens um eine Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung enthalten, sollte deshalb schon mit der Diagnosemitteilung beginnen und nicht irgendwann der Klinikentlassung nach der Primärbehandlung folgen.

Wichtige Unterstützungsziele sind die Erhaltung der Selbstbestimmung und des Selbstwertgefühls der erkrankten Frau. Gesprächsgruppen gleichbetroffener Frauen können dabei eine wertvolle Hilfe sein. Diese sollten in die Klinikbetreuung integriert sein.

Für die soziale Rehabilitation ist es nötig, daß die an Brustkrebs erkrank-

ten Frauen frühzeitig und ausführlich die entsprechenden Informationen über soziale Hilfestellungen und Rechte durch kompetente Berater erhalten. Eine Zusammenarbeit der verschiedenen, in der Nachsorge von Frauen mit Brustkrebs tätigen Berufsgruppen ist unerlässlich.

Im empirischen Teil dieser Arbeit versuchte ich psychosoziale Gesichtspunkte bei der Nachsorge von an Brustkrebs erkrankten Frauen zu untersuchen zu diskutieren und den Wünschen der betroffenen Frauen entsprechend Verbesserungsvorschläge darzustellen. Dafür entwarf ich Hypothesen, die in einer Felduntersuchung bestätigt oder widerlegt werden sollten.

Für diese Untersuchung befragte ich an Brustkrebs erkrankte Frauen. Das persönliche, qualitative, nicht-standardisierte Interview erschien als geeignetes methodisches Vorgehen, da es eine Gesprächssituation ermöglicht, in der es der befragten Frau möglich ist, selbstbestimmt sich und den Sachverhalt darzustellen. Im Gegensatz dazu würde ein rein standardisiertes Interview die befragte Person in die Defensive drängen, ihr das Gefühl vermitteln, getestet zu werden, was die Kommunikation erheblich gefährdet. Das vermeidet das qualitative Interview durch seine Elastizität, zugleich ermöglicht jedoch ein vor den Gesprächen erarbeiteter Interviewleitfaden das Gespräch zu steuern und die verschiedenen mitgeteilten Erfahrungen und Einstellungen zu sammeln und zu vergleichen.

Die von mir verwendete Methode hat den Nachteil, daß sie im wissenschaftstheoretischen Sinne nicht den Kriterien der Validität, Reliabilität und Objektivität entspricht. Um der individuell unterschiedlich erlebten Brustkrebserkrankung gerecht werden zu können, schien es mir jedoch angebracht, einen Ansatz zu wählen, der die Subjektivität voll anerkennt und erfaßt.

Die Untersuchungsgruppe bestand aus 30 an Brustkrebs erkrankten Frauen. Die Gespräche vermittelten Sozialarbeiterinnen der Nachgehenden Krankenfürsorge aus mehreren Bezirken Berlins, Vertreterinnen verschiedener Gesprächsgruppen für an Brustkrebs erkrankte Frauen und die Universitätsfrauenklinik Charlottenburg. Vor der Vermittlung wurde eine Auswahl getroffen nach Alter (bis 56 Jahre alt) und Zeitpunkt der letzten Brustamputation (zwischen einem und fünf Jahren vor dem Gespräch). Die Gespräche wurden alle auf Tonband aufgezeichnet, Interviewer war immer ich. Wegen des zu großen zeitlichen Aufwandes mußte bei der Auswertung auf ein Interrating verzichtet werden.

Die Untersuchungsgruppe ist im statistischen Sinne nicht repräsentativ für

die Gesamtheit aller Frauen mit einem Mammakarzinom, somit haben auch die Ergebnisse nur für diese befragte Gruppe Gültigkeit. Ich glaube jedoch, daß sie auch durch die Heterogenität der mitgeteilten Erfahrungen allgemeine Hinweise für die psychosoziale Nachsorge von an Brustkrebs erkrankten Frauen geben können.

Von den aufgestellten Hypothesen ließen sich in dieser Untersuchung 89% verifizieren, 11% wurden falsifiziert.

Folgende Aussagen wurden bestätigt:

Persönliche Krankheitsbewältigung:

- Die ersten Veränderungen durch den Brustkrebs bemerken die betroffenen Frauen selbst.
- An Brustkrebs erkrankte Frauen untersuchen sich in der Mehrzahl nach der Amputation selbst.
- Brustamputierte Frauen können ihre Narben betrachten und entwickeln im Abstand zur Mastektomie neben anderen Gefühlen auch solche der Akzeptierung.
- An Brustkrebs erkrankte Frauen beurteilen die Bedeutung der Brust für die Sexualität der Frau unterschiedlich, die Mehrzahl hält sie diesbezüglich für wichtig oder sehr wichtig.
- An Brustkrebs erkrankte Frauen beurteilen Gesprächsgruppen gleichbetroffener Frauen als hilfreich für sich, wenn sie daran teilgenommen haben.
- An Brustkrebs erkrankte Frauen haben Pläne und Wünsche für die Zukunft.

Krankheitserleben im Spiegel der sozialen Umwelt:

- An Brustkrebs erkrankte Frauen können nicht ausreichend über ihre Erkrankung mit nichtprofessionellen Helfern sprechen.
- An Brustkrebs erkrankte Frauen finden in ihrer Familie zum Teil sehr große Unterstützung, teilweise treffen sie aber auch auf Unverständnis und zu geringe Hilfestellung.
- An Brustkrebs erkrankte Frauen erleben in der Mehrzahl nach ihrer Brustamputation positiv und/oder negativ empfundene Veränderungen in ihrer Partnerschaft.
- An Brustkrebs erkrankte Frauen halten das Verhalten des Partners für wichtig bei der Wiederaufnahme sexueller Aktivitäten.
- An Brustkrebs erkrankte Frauen sind in hohem Maße mit ihrer Partnerschaft zufrieden.
- Frauen mit Brustkrebs erleben von ihrer weiteren Umgebung (Freunde, Be-

kannte) verschiedene Formen der Ablehnung, aber auch in hohem Maße Formen der Unterstützung und Solidarität.

- Bei an Brustkrebs erkrankten Frauen kommt es in der Folge ihrer Erkrankung häufig zu Veränderungen in ihrer Beschäftigungssituation, wenn sie vorher in einem Arbeitsverhältnis gestanden haben.

#### Institutionelle Nachsorge:

- An Brustkrebs erkrankte Frauen gehen regelmäßig zu vorterminierten Nachsorgeuntersuchungen in ein Krankenhaus.
- Die Mehrzahl der an Brustkrebs erkrankten Frauen geht mit einem Gefühl der Angst zu den Nachsorgeuntersuchungen.
- An Brustkrebs erkrankte Frauen haben zum Teil keinen Arzt, bei dem sie das Gefühl haben, daß ihre Fragen ausreichend beantwortet werden.
- An Brustkrebs erkrankte Frauen können bei den ärztlichen Nachsorgeuntersuchungen kaum über ihre seelischen Schwierigkeiten sprechen.
- Die Mehrzahl der Frauen mit Brustkrebs äußert sich als mit der ärztlichen Nachsorge zufrieden.
- An Brustkrebs erkrankte Frauen werden bei den Nachsorgeuntersuchungen regelmäßig körperlich untersucht.
- An Brustkrebs erkrankte Frauen werden in der Mehrzahl zu Bewegungsübungen nach ihrer Brustamputation angeleitet.
- An Brustkrebs erkrankte Frauen kennen die Institution Nachgehende Krankenfürsorge.
- An Brustkrebs erkrankte Frauen erleben in der überwiegenden Mehrzahl die Beratung durch die Nachgehende Krankenfürsorge als hilfreich.
- An Brustkrebs erkrankte Frauen haben in der Regel einen Schwerbehindertenausweis.
- An Brustkrebs erkrankte Frauen mit Kurerfahrungen sehen die Kur als für sie nützlich an.

Die Untersuchung bestätigt teilweise die in der Literatur konstatierte mangelhafte psychosoziale Betreuung von an Brustkrebs erkrankten Frauen. Die Bipolarität einiger Aussagen entsteht bei der qualitativen Analyse durch die individuell sehr unterschiedlichen Bewältigungsstrategien. Als die wichtigsten Ergebnisse und die sich daraus ergebenden Vorschläge zur Verbesserung der Nachsorge von an Brustkrebs erkrankten Frauen möchte ich folgende hervorheben:

69% der befragten Frauen können sich bei den ärztlichen Nachsorgeuntersu-

chungen nicht über ihre seelische Schwierigkeiten aussprechen. Als wichtige Gründe dafür erscheinen der Zeitaspekt der Untersuchung, das fehlende Vertrauen der Frauen zu den häufig wechselnden Bezugsärzten in der Klinik und die angenommene Fixierung der ärztlichen Bemühungen nur auf den körperlichen Befund. Notwendig erscheint es deshalb, bei der Nachsorge von an Brustkrebs erkrankten Frauen auch eine Kontinuität der Beziehung herzustellen und auf die psychische Problematik der betreffenden Frau einzugehen. Das muß als integraler Bestandteil der Nachsorgebemühungen verstanden und entsprechend berücksichtigt werden.

Ganz im Vordergrund der Wünsche der befragten Frauen an eine hilfreiche ärztliche Betreuung steht das Verlangen nach persönlicher Zuwendung durch ihren Arzt/Ärztin.

Das sollte in der ärztlichen Ausbildung gelehrt in der ärztlichen Tätigkeit angewendet und auch bei der Gestaltung des Stations- oder Praxisablaufes bedacht werden.

Gesprächsbereitschaft bei den Helfern ist eine zu fordernde Grundhaltung für eine angemessene psychosoziale Nachsorge von an Brustkrebs erkrankten Frauen.

Mehr als 50% der befragten Frauen haben Schwierigkeiten damit, über ihre Erkrankung offen mit anderen Menschen zu reden. Unterstützung finden sie hauptsächlich im nicht-professionellen Bereich. Die professionellen Helfer müßten ihre Vorbild-Funktion nützen lernen.

Die frühere Einbeziehung von Angehörigen in die Beratungsgespräche und das Ansprechen von möglichen Schwierigkeiten kann die Krankheitsbewältigung für die betroffene Frau und ihre Familie erheblich erleichtern.

Auf soziale Hilfen waren alle Frauen der Untersuchungsgruppe von professionellen Helfern hingewiesen worden. Soziale Hilfen wurden bei der Betreuung von an Brustkrebs erkrankten Frauen berufsgruppenspezifisch unterschiedlich angesprochen, teilweise dadurch auch unzureichend.

Die Hilfen werden von den Frauen in verschiedenem Ausmaß angenommen und von denen, die sie in Anspruch nehmen, auch positiv erlebt.

Gesprächsgruppen für an Brustkrebs erkrankte Frauen wurden von den Frauen für hilfreich gehalten, die auch selbst an einer teilgenommen hatten. Bei

den anderen befragten Frauen überwog Skepsis oder Ablehnung.

Soziale Hilfen wie auch Gesprächsgruppenkontakte besonders unter dem Aspekt der Selbsthilfe sollten von professionellen Helfern frühzeitig und offensiv angeboten werden, denn nach klaren Angeboten kann die betroffene Frau leichter selbst entscheiden, was sie für sich zu dem jeweiligen Zeitpunkt für wichtig hält.

Ein großer Teil der befragten Frauen litt auch Jahre nach der Brustamputation unter körperlichen Beschwerden im Zusammenhang mit der Amputation. Auf die vielfältige therapeutische Wirkung der Krankengymnastik nach dem Brustverlust sollte nicht verzichtet werden.

Bei 44% der befragten Frauen kam es nach der Brustkrebserkrankung zu einer Veränderung in ihrer Beschäftigungssituation, die bei dem Großteil von ihnen zu einem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben führte. Diese Veränderungen waren aber keine krankheitsbedingten Notwendigkeiten.

Psychosoziale Nachsorge bei an Brustkrebs erkrankten Frauen erfordert, sie bei der Erhaltung ihres Arbeitsplatzes oder der Suche nach einem neuen zu unterstützen. Im Berufsleben zu stehen, kann die Krankheitsbewältigung erheblich erleichtern.

Psychosoziale Schwierigkeiten bei der Krankheitsbewältigung können sich sehr unterschiedlich manifestieren und benötigen deshalb eine individuelle Beratung.

Sich so zu verhalten, daß die an Brustkrebs erkrankte Frau ihre Gefühle artikulieren und dazu stehen kann, ohne dabei abgelehnt zu werden, sollte für die Helfer in der Nachsorge ein anzustrebendes Ziel sein.

Für die individuell unterschiedlich erlebte Brustkrebserkrankung kann es keinen allgemeingültigen Rehabilitationsplan geben. Es erscheint bedeutsam, daß die Helfer in der Nachsorge von an Brustkrebs erkrankten Frauen jede Frau nicht nur in ihrem Krankheitsaspekt, sondern auch in ihrer sonstigen Individualität wahrnehmen, um so das persönliche Reifungspotential auch mit einer malignen Erkrankung fördern zu können.

IV Anhang

1. GESPRÄCHSGRUPPEN

für an Brustkrebs erkrankte Frauen in Berlin (West):

1.1 Selbsthilfegruppe jüngerer, berufstätiger brustamputierter Frauen Berlin

Kontaktperson: Frau Fritsch      Tel. 823 51 76

1.2 Interessengemeinschaft Brustamputierter Frauen Berlin Tempelhof

Kontaktperson: Frau Schneider      Tel. 703 85 98

Frau Kuba      Tel. 745 93 36

Frau Palm      Tel. 721 41 21

1.3 Landesarbeitsgemeinschaft brustoperierter Frauen Berlin e.V.

Kontaktperson: Frau Kalisch      Tel. 415 74 96

1.4 Gesprächsgruppe für Geschwulstkranke

Kontaktperson: Frau Blomeyer, Nachgehende Krankenfürsorge Zehlendorf

Tel. 807 27 35

1.5 Interessengemeinschaft Brustamputierter Frauen, Gruppe Mehringdamm

Kontaktperson: Frau Rost      Tel. 455 54 92

1.6 Selbsthilfegruppe brustamputierter Frauen in Spandau

Kontaktperson: Frau Eddington      Tel. 375 29 22

1.7 Optimistische Krebse

Kontaktperson: Frau Schmidt      Tel. 685 38 10

Frau Scholz      Tel. 605 39 65

1.8 Selbsthilfegruppe Krebs Zehlendorf

Kontaktperson: Frau Schnurre      Tel. 803 53 47

1.9 Selbsthilfegruppe Krebs im Albrecht Achilles Haus

Kontakt:      Tel. 891 40 49

2. SELBSTHILFEGRUPPEN -

zentrale Kontakt- und Informationsstellen:

2.1 Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen

Friedrichstraße 28

6300 Gießen

Tel.: 0641/702 24 78

2.2 Bundesarbeitsgemeinschaft

"Hilfe für Behinderte"

Kirchfeldstraße 149

4000 Düsseldorf

Tel.: 0211/340085/86

2.3 Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V.

L 4,9

6800 Mannheim

Tel.: 0621/24434

2.4 Zentrale Kontaktstelle für Österreich:

Wiener Urania

Uraniastraße 1

A-1010 Wien

Tel.: 0222/726191

2.5 Zentrale Kontaktstelle für die Schweiz:

Frau Elisie Freutel-Domenig

Mutschellenstraße 115

CH-8038 Zürich

### 3. BRIEF

zur Kontaktaufnahme mit an Brustkrebs erkrankten Frauen.

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN

FU

BERLIN

Fachbereich  
Medizinische Grundlagenfächer (FB 1)  
Institut für Soziale Medizin (WE 08)

Dr. Barbara Goetz Dipl.-Psych., Wiss.-Ass.

Wolfgang Krieger Arzt

Freie Universität Berlin  
FB 1, WE 8, Thielallee 47, 1000 Berlin 33

24.3.1981

Sehr geehrte Frau

Dürfen wir uns an Sie wenden mit einer Bitte:

Viele Frauen werden brustamputiert und müssen sich damit auseinandersetzen. Als Betroffene können Sie dazu beitragen, Kenntnisse über eine bestehende medizinische Versorgungslücke zu gewinnen.

Die Medizin kümmert sich in erster Linie um die Verbesserung der Früherkennung und der Therapie. Über das Leben der betroffenen Frauen nach der Operation ist Ärzten oft sehr wenig bekannt.

Um das Wissen über die Nachsorgesituation zu vermehren und sie auch verbessern zu können, möchten wir vom Institut für Soziale Medizin mit brustamputierten Frauen über ihre Erfahrungen nach der Operation sprechen.

Hauptsächlich sollen ihre Eindrücke, Erfahrungen und Verbesserungsvorschläge zu Sprache kommen  
zur medizinischen Nachsorge (Untersuchungstermine, Ärztekontakte),  
zur Reaktion der näheren Umgebung (Familie, Partner) auf die Operation,  
zu Ihrem eigenen Erleben,  
zu sozialen Hilfestellungen (Schwerbeschädigtenausweis).

Uns ist klar, daß so ein Gespräch eine Last sein kann, wir möchten Sie aber trotzdem um Ihre Mitarbeit bitten, da Sie damit auch anderen Frauen helfen können.

...

Die Ergebnisse der mit einer größeren Gruppe von Frauen geführten Gespräche möchten wir im Rahmen einer Doktorarbeit zusammenfassen und veröffentlichen.

Als Gesprächsdauer stellen wir uns circa eine Stunde vor und würden gerne, wenn Sie das gestatten, das Gespräch auf einem Tonband aufnehmen, um ein das Gespräch störendes Mitschreiben zu vermeiden. Selbstverständlich unterliegt das Besprochene der ärztlichen Schweigepflicht.

Das Gespräch mit Ihnen würde ich, Wolfgang Krieger, führen. Zur Klärung weiterer Fragen oder zur Terminabsprache können Sie mich unter der Telephonnummer 621 64 91 am besten vormittags zwischen 9 und 11 Uhr erreichen.

Diese Arbeit betreue ich, Barbara Goetz, wissenschaftlich.

Für Ihre Mitarbeit wären wir Ihnen sehr dankbar!

Mit freundlichen Grüßen

*Dr. Barbara Goetz*  
Dr. Barbara Goetz "  
Dipl. Psychologin  
Wiss. Ass.

*Wolfgang Krieger*  
Wolfgang Krieger  
Arzt

4. FRAGEBOGEN

zur psychosozialen Situation von an Brustkrebs erkrankten Frauen.

1. SOZIALDATEN

1.1 Wie alt sind Sie am 1.4.1981?

... Jahre.

1.2 Familienstand:

ledig  
verheiratet  
dauernd getrennt lebend  
geschieden  
verwitwet

1.3 Wieviele Kinder haben Sie geboren?

.... Anzahl. Davon sind am 1.4.1981:

|              |      |
|--------------|------|
| 0-6 Jahre    | .... |
| 7-12         | .... |
| 13-18        | .... |
| 19 und älter | .... |

1.4 Wie alt waren Sie bei Geburt des ersten Kindes?

.... Jahre

1.5 Häusliche Gemeinschaft:

ganz alleine lebend  
in Familie  
mit anderen

1.6 Wieviele Personen leben in dem Haushalt, in dem sie leben?

..... Personen

1.7 Wohnsituation:

Untermiete  
Miete  
Eigentum  
Wohnheim  
sonstiges .....

1.8 In welchem Bezirk Berlins wohnen Sie? .....

Seit wieviel Jahren? ..... Jahre

1.9 Wieviel Jahre gingen Sie zur Schule? ..... Jahre

1.10 Was ist Ihr höchster Schulabschluß?

Keiner  
Hauptschule  
Mittlere Reife  
Abitur  
Fachhochschule/Universität

1.11 Haben Sie einen Beruf erlernt?

Ja      Nein

Welchen? .....

1.12 Was ist Ihr höchster Berufsabschluß?

Ungelernte Arbeiterin  
Lehre/Facharbeiterin  
Meisterin  
Fachhochschule nicht graduiert  
Fachhochschule graduiert  
Universität ohne Abschluß  
Universität mit Abschluß

1.13 Arbeiten Sie in Ihrem gelernten Beruf?

Ja      Nein

1.14 Haben Sie neben Ihren häuslichen Arbeiten noch ein Arbeitsverhältnis?

Ja      Nein

1.15 Wenn ja:

ganzzzeitbeschäftigt  
teilzeitbeschäftigt  
Gelegenheitsarbeit  
sonstiges .....

1.16 Wenn nein:

nicht berufstätig  
vorzeitig berentet  
Ruhestand  
sonstiges .....

1.17 Über wieviel Einkommen verfügt Ihr Haushalt monatlich?

..... DM

## 2. GESPRÄCHE

2.1 Können Sie ausreichend über Ihre Erkrankung mit anderen Menschen sprechen?

zu wenig  
manchmal  
ausreichend  
möchte nicht  
habe nichts zu bereden  
sonstiges .....

2.2 Mit wem können Sie offen über Ihre Erkrankung reden?

2.2.1 Nicht-professionelle Helfer

Partner  
Kinder  
Verwandte  
Freunde  
gleichfalls Betroffene  
Berufskollegen/innen  
niemand  
sonstige .....

2.2.2 Professionelle Helfer

Arzt/Ärztin  
Krankenschwester/Pfleger  
Krankengymnast/in  
Bandagist/in  
Sozialarbeiter/in  
Heilpraktiker/in  
Psychologe/in  
niemand  
sonstige .....

2.3 Gibt es jemanden mit dem Sie gar nicht reden können, obwohl Sie es eigentlich wollen?

2.3.1 Nicht-professionelle Helfer (siehe 2.2.1)

.....

2.3.2 Professionelle Helfer (siehe 2.2.2)

.....

2.4 Mit wem können Sie über ihre seelischen Schwierigkeiten reden?

2.4.1 Nicht-professionelle Helfer (siehe 2.2.1)

.....

2.4.2 Professionelle Helfer (siehe 2.2.2)

.....

- 2.5 Haben Sie einen Sie betreuenden Arzt/Ärztin, bei dem/der Sie das Gefühl haben, daß Ihre Fragen ausreichend beantwortet werden?

Ja Nein

- 2.6 Gibt es Fragen bezüglich Ihrer Erkrankung, die Ihnen nicht beantwortet werden? Welche?

.....

.....

- 2.7 Wenn Sie seelische Schwierigkeiten hätten, würden Sie diese bei der ärztlichen Nachsorgeuntersuchung ansprechen?

Ja Nein

- 2.8 Wenn Sie seelische Schwierigkeiten haben, können Sie diese bei der ärztlichen Nachsorgeuntersuchung ansprechen?

Ja Nein

- 2.9 Wenn Sie mit einem Arzt/Ärztin über persönliche Probleme reden, wie fühlen Sie sich danach?

erleichtert  
unterstützt  
verstanden  
unverstanden  
abgewiesen  
hat nichts gebracht  
sonstiges .....

- 2.10 Wenn Sie Ihre seelischen Schwierigkeiten nicht ansprechen können, woran liegt das?

an der Situation  
(störender Lärm, störende Mitpatienten u.a.)  
am Arzt/Ärztin  
(keine Zeit, hört nicht zu, kein Vertrauen zu ihm u.a.)  
an Ihnen  
(Ängst, Unsicherheit, fühle mich abgewiesen)  
an sonstigem .....

- 2.11 Haben Sie gemeinsam mit einem Angehörigen und einem Arzt/Ärztin ein Gespräch nach Ihrer Krankenhausentlassung nach Ihrer Brustamputation geführt?

Ja Nein

2.12 Wenn ja: wieoft? .....

Mit welchen Angehörigen?

Partner

Kind

Verwandte

Freund/Freundin

sonstige .....

3. KONTAKTE

3.1 Sind Sie jetzt mehr allein als im Jahr vor Ihrer Operation?

Ja            Nein

3.2 Wenn ja, wie erleben Sie das?

endlich habe ich meine Ruhe  
manchmal bin ich zu allein  
häufig bin ich zu allein  
dauernd bin ich zu allein  
sonstiges .....

3.3 Haben Sie das Gefühl, seit Ihrer Brustoperation von Ihrer Umgebung  
(Bekannte, Freunde) deswegen anders behandelt zu werden?

Ja            Nein

3.4 Wenn ja: wie?

freundlicher  
gestützt  
gemieden  
abgelehnt  
sonstiges .....

3.5 Gehen Sie seit Ihrer Brustamputation anderen Menschen mehr aus dem  
Weg?

Ja            Nein

3.6 Wenn ja: warum?

.....

4. FAMILIE

4.1 Was hilft Ihnen in ihrer Familie, mit Ihrer Erkrankung zurechtzukommen?  
.....

4.2 Was fehlt Ihnen in der Familie?  
.....

4.3 Was bedeutet Ihnen Ihre Familie?  
.....

4.4 Wie kommen Sie mit Ihrer Hausarbeit zurecht?

ohne Schwierigkeiten  
mit deutlichen Schwierigkeiten  
nur unter größten Schwierigkeiten  
gar nicht  
sonstiges .....

4.5 Werden Sie bei Ihrer Hausarbeit unterstützt?

nie  
manchmal  
häufig  
immer

4.6 Von wem erhalten Sie dabei Unterstützung?

Partner  
Kind  
Verwandte  
Freunde  
Nachbarn  
Haushaltshilfe  
niemand  
sonstige .....

4.7 Haben Sie schon einmal erlebt, daß jemand aus Ihrer Familie an Krebs erkrankte (oder daran gestorben ist)?

Ja      Nein

4.8 Wenn ja: wer? .....

5. SEXUALITÄT

5.1 Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach die Brust für die Sexualität der Frau?

unwichtig  
wichtig  
sehr wichtig

5.2 Können Sie Ihre Narbe im Spiegel betrachten? Ja Nein

5.3 Wenn ja: was empfinden Sie dabei?

sich mögen  
Unsicherheit  
Trauer  
Erschrecktsein  
Ablehnung, Ekel  
nichts  
sonstiges .....

5.4 Wenn nein: warum nicht?

.....

5.5 Wenn Sie einen Partner haben, sieht er Ihre Narbe an?

noch nie  
erst nicht, aber jetzt schon  
gleich nach der Operation schon  
sonstiges .....

5.6 Wenn Sie einen Partner haben, wie reagiert er, wenn er Ihre Narbe sieht?

unsicher  
erschreckt  
träuernd  
ablehnend  
sonstiges .....

5.7 Hat sich seit Ihrer Brustoperation etwas an der Stärke Ihrer sexuellen Bedürfnisse geändert?

keine Änderung  
eher Zunahme  
eher Abnahme

5.8 Falls Veränderung: sehen Sie da einen Zusammenhang mit der Brustoperation? Ja Nein

5.9 Hat sich seit Ihrer Brustoperation etwas an der Häufigkeit Ihrer sexuellen Aktivitäten geändert?

keine Änderung  
eher Zunahme  
eher Abnahme

5.10 Falls Veränderung: sehen Sie da einen Zusammenhang mit der Brustoperation? Ja Nein

5.11 Haben Sie das Gefühl, ein befriedigendes Sexuelleben zu führen? Ja Nein

5.12 Wenn Sie einen Partner haben, sehen Sie eine Veränderung Ihres Verhältnisses zu ihm seit der Brustamputation (Zeitraum: ein Jahr vor Op. und letztes Jahr verglichen)

keine Änderung: gut  
keine Änderung: schlecht  
eher Verbesserung  
eher Verschlechterung

5.13 Wie zufrieden sind Sie jetzt in Ihrer Partnerbeziehung?  
0 .....100%

5.14 Kam es in der Folge der Brustamputation zu einer Auflösung einer schon vorher bestehenden Partnerbeziehung (nicht Todesfall) Ja Nein

5.15 Was würden Sie einer anderen gerade brustamputierten Frau auf deren Frage antworten, wann sie wieder mit ihrem Mann schlafen könne?  
.....  
.....

6. NACHSORGE

- 6.1 Wann wurde Ihnen Ihre Brust abgenommen?  
(Monat, Jahr).....
- 6.2 Können Sie angeben warum?  
.....
- 6.3 Wurden Sie seit Ihrer Krankenhausentlassung ärztlich nachuntersucht?  
Ja Nein
- 6.4 Wie oft ließen Sie sich nachuntersuchen?  
häufiger als alle drei Monate  
alle drei Monate  
alle sechs Monate  
einmal im Jahr  
weniger als einmal im Jahr
- 6.5 Wurden Sie nach der Operation noch anderweitig behandelt?  
Bestrahlung  
Chemotherapie  
Hormontherapie  
andere Op.  
sonstiges .....
- 6.6 Wo lassen Sie sich nachuntersuchen?  
in der Klinik  
beim Frauenarzt  
beim Hausarzt  
sonstiges.....
- 6.7 Werden sie dabei körperlich untersucht?  
immer  
manchmal  
selten  
nie
- 6.8 Untersuchen Sie sich auch selber? Ja Nein
- 6.9 Erhalten Sie vorgemerkte Untersuchungstermine? Ja Nein
- 6.10 Werden Sie in irgendeiner Weise aufgefordert zu kommen, falls Sie den Termin nicht wahrgenommen haben? Ja Nein
- 6.11 Welche Gefühle haben Sie, wenn sie zur Nachsorgeuntersuchung gehen?  
.....  
.....

6.12 Gingen Sie seit Ihrer Brustamputation zu einem Heilpraktiker in Behandlung? Ja Nein

6.13 Wenn ja: Wie oft? .....

6.14 Wie zufrieden sind sie mit der ärztlichen Behandlung seit Ihrer Krankenhausentlassung nach ihrer Brustamputation?

sehr zufrieden  
zufrieden  
vielleicht zu wenig Behandlung  
sicher zu wenig  
vielleicht zu viel  
sicher zu viel  
sonstiges .....

6.15 Haben Sie seit Ihrer Brustamputation Kuren gemacht? Ja Nein

6.16 Wenn ja: wieviele? .....

6.17 Wie schätzen Sie die Kuren ein?

sehr nützlich  
nützlich  
unnütz  
schädlich  
sonstiges .....

6.18 Was wäre das Wichtigste, womit Ihnen Ärzte helfen könnten?

.....  
.....

6.19 Womit könnten Ihnen Krankenschwestern helfen?

.....  
.....

6.20 Welche soziale Hilfen kennen Sie?

Schwerbeschädigtenausweis  
Überstundenbefreiung  
Urlaub zusätzlich (6 At.)  
Steuerermäßigung  
Wohngeldanspruch erhöht  
Hausliche Krankenpflege  
Kuren  
Rente  
Umschulung  
Orthopädische Hilfsmittel  
Sachhilfe

6.21 Wurden Sie auf soziale Hilfen aufmerksam gemacht? Ja Nein

6.22 Von wem wurden Sie darauf aufmerksam gemacht?

6.22.1 Nichtprofessionelle Helfer

Partner  
Kind  
Verwandte/r  
Freund/in  
gleichfalls Betroffene  
Berufskollegen/innen  
Zeitschriften  
Radio/Fernsehen  
sonstige .....

6.22.2 Professionelle Helfer

Arzt/Ärztin  
Krankenschwester/Pfleger  
Krankengymnast/in  
Bandagist/in  
Sozialarbeiter/in  
Heilpraktiker/in  
Fachbuch/-literatur  
sonstige .....

6.23 Haben Sie sich auch bei der Nachgehenden Krankenfürsorge beraten lassen? Ja      Nein

6.24 Wenn ja: wie fanden Sie die Beratung?

bin zufrieden  
war hilfreich  
unnütz  
unfreundlich  
schlecht  
sonstiges.....

6.25 Wenn nein: warum nicht?

war nicht nötig, bin ausreichend informiert  
kenne ich nicht  
mag keine Ämter  
bringt ja eh nichts  
ist zu schwierig hinzukommen

sonstiges .....

6.26 Wenn Sie soziale Hilfen nicht beanspruchen: warum nicht?

.....  
.....

6.27 Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? Ja Nein

6.27.1 Wenn ja: wieviel MdE haben Sie? .....

6.27.2 Nehmen Sie die Rechte Ihres Schwerbeschädigtenausweises in Anspruch?

gar nicht  
weniger als möglich  
völlig

6.28 Womit könnten Ihnen Sozialarbeiter helfen?

.....  
.....

6.29 Haben Sie an der Seite Ihrer Brustamputation

|                                  |    |      |
|----------------------------------|----|------|
| Narbenschmerzen                  | Ja | Nein |
| Bewegungseinschränkung des Armes | Ja | Nein |
| Armödem                          | Ja | Nein |
| Kraftverlust                     | Ja | Nein |

6.30 Haben Sie nach Ihrer Brustamputation mit Bewegungsübungen begonnen?

Ja Nein

6.31 Wurden Sie zu Bewegungsübungen angeleitet?

Ja Nein

7. SELBSTHILFEGRUPPEN (GESPRÄCHSGRUPPEN)

7.1 Wissen Sie von Selbsthilfegruppen für an Brustkrebs erkrankte Frauen?  
Ja Nein

7.2 Würden Sie gerne mit Frauen, denen auch eine Brust abgenommen wurde sprechen?  
Ja Nein

7.3 Wie schätzen Sie Selbsthilfegruppen für an Brustkrebs erkrankte Frauen für sich ein?  
sehr hilfreich  
hilfreich  
unnütz  
schädlich  
sonstiges .....

7.4 Nehmen Sie teil an Selbsthilfegruppen? Ja Nein

7.5 Ist Ihnen geraten worden, daran teilzunehmen? Ja Nein

7.6 Wenn ja: von wem?

7.6.1 Nicht-professionelle Helfer (siehe 2.2.1)  
.....

7.6.2 Professionelle Helfer (siehe 2.2.2)  
.....

7.7 Ist Ihnen von Selbsthilfegruppen abgeraten worden? Ja Nein

7.8 Wenn ja: von wem?

7.8.1 Nicht-professionelle Helfer (siehe 2.2.1)  
.....

7.8.2 Professionelle Helfer (siehe 2.2.2)  
.....

8. ARBEIT

8.1 Haben Sie im Jahr vor ihrer Brustamputation gearbeitet  
(Hausarbeit aufgenommen)? Ja Nein

8.2 wenn ja: haben Sie noch die gleiche Arbeitsstelle? Ja Nein

8.3 Wurde Ihnen nach Ihrer Brustamputation gekündigt? Ja Nein

8.4 Weshalb?

.....  
Zusammenhang mit der Erkrankung? Ja Nein

8.5 Haben Sie nach der Operation Rente beantragt?

Vollrente  
Teilrente  
keine

8.6 wenn ja: wurde sie genehmigt? Ja Nein

8.7 Haben Sie auf Grund der Wahrnehmung Ihrer Rechte als Schwerbeschä-  
digte berufliche Nachteile erlitten? Ja Nein

8.8 wenn ja: welche?

.....  
.....

8.9 Falls Sie arbeiten: verschweigen Sie ihre Erkrankung gegenüber Ihren  
Arbeitskollegen/innen?

keine/r ist informiert

einige sind informiert  
alle sind informiert  
sonstiges .....

9. ZUKUNFT UND GEGENWART

9.1 Haben Sie Pläne für die Zukunft? Ja Nein

9.2 Wenn ja: welche?

.....

9.3 Wünschen Sie sich etwas für die Zukunft? Ja Nein

9.4 Wenn ja: was?

.....

9.5 Wenn Sie Ihre Stimmung in der letzten Zeit mit der im Jahr vor der  
Brustamputation vergleichen, sehen sie eine Veränderung?

.....

.....

9.6 Wie wird Ihre Erkrankung weitergehen?

.....

.....

9.7 Welche Gefühl haben Sie, wenn Sie ans Sterben denken?

.....

.....

V. Literaturverzeichnis

1. AD-KOC-KOMMISSION des wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer: "Metastasenförderung durch diagnostische Gewebsentnahme (Biopsie)?" Deutsches Ärzteblatt, 77 (1980), 1460-1466.
2. AITKEN C.: "Psychosomatic Approach to Medical Rehabilitation". Psychosom. Med., 31 (1979), 277-282.
3. AMERICAN CANCER SOCIETY: "Empfehlungen zur Krebsfrüherkennung". Münch. med. Wschr., 123 (1981), 340-342.
4. AMMON G.: "Zur Psychodynamik des Todes". Med.Welt, 22 (1971), 575-579.
5. ARBEITSGRUPPE 'FROHES WECKEN': "Patientenorientierte Krankenversorgung - Vorschläge zu deren Verbesserung durch Organisationsänderungen in Krankenhausstationen" im Auftrag des Senators für Gesundheit und Umweltschutz. Berlin, 1981.
6. ARIES P.: Geschichte des Todes. München, Wien: Hanser, 1980.
7. AUMILLER J.: "Illusionen beerdigt". Münch. med. Wschr., 123 (1981), 627.
8. BACON C., R. RENNEKER, M. CUTLER: "A Psychosomatic Survey of Cancer of the Breast". Psychosom. Med., 14 (1952), 453-460.
9. BAENKLER H.W.: "Zelltherapie bei Krebserkrankungen". Münch. med. Wschr., 122 (1980), 20-22.
10. BAHNSON C.B.: "Das Krebsproblem in psychosomatischer Dimensionen". In: Th. v. Uexküll (Hg.). Lehrbuch der Psychomatischen Medizin. München; Wien; Baltimore: Urban und Schwarzenbeck, 1979. S. 685-698.
11. BAHNSON, M.B., C.B. BAHNSON: "Ego Defenses in Cancer Patients". Ann. N. Y. Acad. Sci., 164 (1969), 546-559.
12. BALTRUSCH H.J.: "Psyche-Nervensystem-Neoplastischer Prozeß". Zschr. f. Psychosom. Med., 9 (1963), 221-245.
13. BAPPERT L.: Der Knoten. Reinbek: Rowohlt, 1979.
14. BAUER K.H., G. OTT: "Über die Krebsgefährdung des heutigen Menschen". Materia Medica Nordmark, XVII/7 (1965), 261-312.
15. BECK L.: "Nachbehandlung, Beratung und Rehabilitation beim Brustkrebs". Mitteilungsdienst der Gesellschaft zur Bekämpfung der Krebskrankheiten, 15 (1977), 18.
16. BECKMANN D.: "Forschung in der Medizinischen Psychologie". Münch. med. Wschr., 123 (1981), 381-383.
17. BELLER F.K., E. SCHNEPPER: "Konservative Primäroperation des Mammakarzinoms". Dtsch. Med. Wschr., 106 (1981), 329-334.

18. BENNINGHOFF D., K.C. TSIEN: "Treatment and Survival in Breast Cancer. A Review of Results." *Bri. J. of Radiology*, 32 (1959), 450.
19. BERNDT H.: "Luftverschmutzung und Krebs". *Arch. Geschwulstforsch.*, 47/3 (1977), 259-271.
20. BERNSTEIN T.C.: "What are my Chances of Getting Breast Cancer?". *JAMA*, 238 (1977), 345 f.
21. BETZLER M.: "Beispiele für die ambulante Nachsorge - Vorschlag des Tumorzentrums Ulm". *Münch. med. Wschr.*, 123 (1981), 1644.
22. BLOHMKE M. ET AL. (Hgg). *Handbuch der Sozialmedizin, Epidemiologie und präventive Medizin*, Bd. 2. Stuttgart: Enke, 1977.
23. BLOOM H.J.G.: "The Natural History of Untreated Breast Cancer". *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 114 (1964), 747-754.
24. BLOOM H.J.G.: "The Influence of Delay on the Natural History and Prognosis of Breast Cancer". *Bri. J. of Cancer*, 19 (1965), 228-262.
25. BLUMENSTOCK J.: "Das Krankenhaus - ein Industriebetrieb?". *Dtsch. Ärzteblatt*, 77 (1980), 2179-2185.
26. BOCK H.E.: "Arzt und Krebskranker". *Dtsch. Med. Wschr.*, 98 (1973), 1625-1630.
27. BÖHM K., G. WAGNER: "Datenschutz für Krebspatienten. Interessenkonflikt zwischen Patientenrecht und Forschungszwängen." *Dtsch. Ärzteblatt*, 78 (1980), 1977-1981.
28. BOK S.: "Sollen Ärzte lügen dürfen?" *Psychologie heute*, Nr. 3, 7 (1980), 57-63.
29. BONADONNA G. ET AL.: "Multimodal Treatment in Operable Breast Cancer. Five Year Results of the CMF Programme." *Bri. Med. J.*, 282 (1981), 1427-1431.
30. BOOTH G.: "Psychobiological Aspects of 'Spontaneous' Regression of Cancer". *J.Am.Acad. Psychoanal.*, 2 (1974,1), 303-317.
31. BOWITZ H.H.: "Zum Ermessen des Arztes innerhalb der ihm obliegenden Aufklärungspflicht". *Med. Klinik*, 73 (1978), 329-332.
32. BRUNNER K.W.: "Stand der Hormon- und Chemotherapie beim Mammakarzinom". *Sch. med. Wschr.*, 108 (1978), 1338-1350.
33. BRUNTSCH U.: "Adjuvante Chemotherapie". *Münch. med. Wschr.*, 122 (1980), 11.
34. BUSER K., K. OETER: "Utopie Gesundheit- Gründe und Ursachen für mangelnde Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen". *Münch. med. Wschr.*, 123 (1981), 1843-1846.
35. CARSTEN P.M., F. SCHWARZE: "Zur Berentung und Rehabilitation beim

Mamma- und Genitalkarzinom der Frau. Erfahrungen mit der 'Empfehlung

35. zur sozialmedizinischen Beurteilung bei bösartigen Geschwulsterkrankungen". In: Deutsche Akademie für medizinische Fortbildung, Kassel (Hg.). Neue Aspekte der Krebsbekämpfung - kritische Gedanken, neue Wege. Stuttgart: Thieme, 1979. S. 163-171.
36. COHEN F., R.S. LAZARUS: "Coping with the Stresses of Illness". In: G.C. Stone, F. Cohen, N.E. Adler (Hgg.). Health Psychology - A Handbook. San Francisco: Jossey Bass, 1979. S. 217-254.
37. CRAMER I., M. BLOHMKE, C.B. BAHNSON: "Psychosoziale Faktoren und Krebs". Münch. med. Wschr., 119 (1977), 1387-1392.
38. CUSCHIERI ET AL.: "Scintiscanning of the Breast with 99 Tc-Diethylethylamine Pentacetic Acid - A Prospective Blind Evaluation". Bri. J. Surg., 68 (1981), 147-149.
39. DEROGATIS L.R., M.D. ABELOFF, N. MELISARATOS: "Psychological Coping Mechanismus and Surviving Time in Metastatic Breast Cancer". JAMA, 242 (1979), 1504-1508.
40. DIEHL V.: "Expertendiskussion: Wer ist wofür kompetent?" Münch. med. Wschr., 123 (1981), 1659-1668.
41. DRUKARCZYK B.: "Erlebte Konsequenzen einer Mastektomie und Formen individueller Bewältigung - Eine empirische Untersuchung". Unveröffentlichte Diplomarbeit in Psychologie. Regensburg, 1980.
42. EDER M.: "Ursachen bösartiger Geschwülste". In: Eder M., P. Gedigk (Hgg.). Lehrbuch der Allgemeinen Pathologie und Pathologischen Anatomie, 29. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1975. S.254-259.
43. EICHER W. ET AL.: "Soziale, sexuelle und psychosomatische Aspekte beim Mammakarzinom". Med. Welt, 28 (1977), 1631-1634.
44. EMERSON K., JR., D. WILSON: "Diseases of the Breast and Milk Formation". In: K.J. Isselbacher et al. (Hgg.). Harrison's Principles of Internal Medicine, 9. Ed. Tokyo: Mc Graw Hill Kogakusha, 1980. S. 1787-1794.
45. FABER P.: "Rehabilitation beim Mammakarzinom". Klinikarzt, Nr. 9, 1979, 656-661.
46. FERBER Ch.V., L.V. FERBER. Der kranke Mensch in der Gesellschaft. Reinbek: Rowohlt, 1978.
47. FISHER B., EA. SAFFER. E.R. FISHER: "Studies Concerning the Regional Lymph Node in Cancer." Cancer, 33 (1974), 271-279.
48. FLECKENSTEIN B.: "Tumorentstehung durch Viren". Fortschr. Med., 95 (1977), 275-277.

49. FÜLDI M.: "Das Lymphödem". Dtsch. Ärzteblatt, 78 (1981), 1813-1821.
50. FOURNIER D.V.: "Programmierte Nachsorge". In: Friedrich Thieding-Stiftung des Hartmannbundes, Deutsche Krebshilfe e.V. (Hgg.). Krebsnach-sorge. Schriftenreihe des Hartmannbundes, 1980. S. 102-112.
51. FOURNIER D.V., W. HOEFKEN, E. WEBER: "Wachstumsgeschwindigkeit des Mamma-Karzinoms: Konsequenzen für Frühdiagnose, Therapie und Nach-sorge". In: Deutsche Akademie für medizinische Fortbildung, Kassel (Hg.). Neue Aspekte der Krebsbekämpfung: kritische Gedanken - neue Wege. Stuttgart: Thieme, 1979. S. 39-52.
52. FRANK D. ET AL.: "Mastektomy and Sexual Behavior: A Pilot Study." Sexuality and Disability, Nr. 1, 1 (1978), 16-26.
53. FRENTZEL-BEYME R. ET AL.: Krebsatlas der BRD; Krebssterblichkeit in den Ländern der Bundesrepublik 1955-1975. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1979.
54. FRIEDRICH H.: zitiert und kommentiert von NN. "Chronisch Kranke: wie die Familie sie 'tragen' kann." Medical Tribune Kongreßbericht. Medical Tribune, Nr. 38, 15 (1980), 29.
55. FRISCHBIER H.J.: "Thermographie: Ergänzung oder Ersatz der Mammogra- phie". In: Deutsche Akademie für medizinische Fortbildung, Kassel (Hg.). Neue Aspekte der Krebsbekämpfung: kritische Gedanken - neue Wege. Stuttgart: Thieme, 1979. S. 8-13.
56. FRISCHBIER H.J., M. BERNAUER: "Die Früherkennung des Mammakarzinoms". Der Gynäkologe, 10 (1977), 140-145.
57. FRITSCH N.: persönliche Mitteilungen, 1981.
58. FROMM E. Anatomie der menschlichen Destruktivität. Reinbek: Rowohlt, 1977.
59. GALLMEIER W.M.: Zitiert von NN. "Krebsnach-sorge" - Medical Tribune Kongreßbericht. Medical Tribune, Nr. 42, 15 (1980), 58f.
60. GALLMEIER W.M.: Vitamin C und Krebs". Münch.med.Wschr., 124 (1982), 39f.
61. GASTPAR H.: "Der Einfluß von Antikoagulantien und Aggregationshemmern auf die Metastasierung". In: Deutsche Akademie für medizinische Fort- bildung Kassel (Hg.). Neue Aspekte der Krebsbekämpfung: kritische Ge- danken - neue Wege. Stuttgart: Thieme, 1979. S. 111-130.
62. GEIER G.: "Tumornachsorge aus gynäkologischer Sicht". Münch. med. Wschr., 121 (1979), 934f.
63. GENZ T., R.-D. MEYER, M. SCHMIDT-GOLLWITZER: "Hormonrezeptoren des Mammakarzinoms, Bedeutung für die Therapieplanung." Das Berliner Ärzteblatt, 18 (1981), 621-625.
64. GLAUS A.: "Die Onkologieschwester". In: F. Meerwein (Hg.). Einführung

in die Psycho-Onkologie. Bern: Huber, 1981. S. 199-210.

65. GOEZ B.: Offenheit kann man lernen. Münster: Aschendorff, 1980.
66. GOEZ B.: Projekt 'Das ärztliche Hiobsgespräch'. Mündliche Mitteilung. Veröffentlichung in Vorbereitung. 1981.
67. GOFFMANN E.: Stigma, über Techniken der Bewältigung geschäftigter Identität. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 1967.
68. GREENWALD P. ET AL.: "Endometrial Cancer After Menopausal Use of Estrogens". Obstetrics and Gynecology, 50 (1977), 239-243.
69. GREER S.: "Psychological Aspects: Delay in the Treatment of Breast Cancer". Proc. Roy. Soc. Med., 67 (1974), 470-473.
70. GREGL A.: "Beobachtungen des Verlaufs von Mamma-Karzinomen". In: Deutsche Akademie für medizinische Fortbildung, Kassel (Hg.). Neue Aspekte der Krebsbekämpfung: kritische Gedanken, neue Wege. Stuttgart: Thieme, 1979. S. 35-39.
71. GROSS R.: "Interferon - noch keine Wunderdroge, aber eine vielversprechende 'Adjuvant Drug'". Dtsch. Ärzteblatt, 78 (1981), 771f.
72. GROSSARTH-MATICEK R.: Krankheit als Biographie. Köln: Kiepenheuer & Witsch, 1979.
73. GROSSARTH-MATICEK R.: "Krebsforschung: mit halber Kraft voraus!". Psychologie heute, Nr. 2, 7 (1980), 72-75.
74. HAHN M.: "Psychosoziale Betreuung Krebskranker in Klinik und Praxis". Klinikarzt, Nr. 9, 1970, 662-668.
75. HAHN M.: Lebenskrise Krebs, Psychosoziale Aspekte bei der Betreuung Krebskranker. Hannover: Schlütersche Verlagsanstalt, 1981.
76. HARTMANN F.: Krankheitsgeschichte und Krankengeschichte. Frankfurt a.M.: Fischer, 1966.
77. HARTMANN F.: "Identitätsprobleme zwischen Arzt und Krankem bei Krebskrankheit". Therapie der Gegenwart, 117 (1978), 695-716.
78. HEALEY J.E.: "Rehabilitation of the Patient with Cancer". In: T.F. Nealon (Hg.). Management of the Patient with Cancer. Philadelphia: Saunders, 1976. S. 61-80.
79. HEIDEMANN E.: "Hormon- und Chemotherapie des metastasierenden Mammakarzinoms. Krankenhausarzt, 53 (1980), 594-600.
80. HEIM W., R. SIEWERT: "Früherkennung bösartiger Mammatumoren". Med. Welt, 22 (1971), 583-587.
81. HENNINGSSEN B.: "Intervention bei Metastasierung nach operativer Primärtherapie". In: Friedrich Thieding Stiftung des Hartmannbundes, Deutsche Krebshilfe e.V. (Hgg.). Krebsnachsorge. Schriftenreihe des

Hartmannbundes, 1980. S. 74-79.

82. HERFARTH Ch.: "Ziele der operativen Therapie". Münch. med. Wschr., 121 (1979), 1438-1441.
83. HERFARTH Ch.: "Stadienorientierte chirurgische Therapie". In: Friedrich Thieding Stiftung des Hartmannbundes, Deutsche Krebshilfe e.V. (Hgg.). Krebsnachsorge. Schriftenreihe des Hartmannbundes, 1980. S. 58-62.
84. HERFARTH Ch.: "Expertendiskussion: Wer ist wofür kompetent?". Münch. med. Wschr., 123 (1981), 1659-1668.
85. HERMS V.: "Der Verlust der Orgasmusfähigkeit". Sexualmedizin, 1 (1978), 31-33.
86. HEYDE W., P. ABAN: "Eheliche Konflikte bei behandelten gynäkologischem und Mamma-Karzinom". Praxis der Psychotherapie, 18 (1973), 49-54.
87. HOEFFKEN W.: "Bedeutung der Mammographie für Früherkennung und Vorsorge". Münch. med. Wschr., 120 (1978), 608f.
88. HOPF C.: "Die Pseudo-Exploration - Überlegungen zur Technik qualitativer Interviews in der Sozialforschung". Zschr. für Soziologie, Nr. 2, 7 (1978), 97-115.
89. HUBER E., H. ROHRMOSER: "Krebsregistrierung als Instrument zur Primärprävention". In: Abholz H.H. (Hg.). Prävention. Berlin: Argument, 1981. S. 157-172.
90. HORNY Ch., R. ADLER: "Psychoonkologische Forschung". In: F. Meerwein (Hg.). Einführung in die Psycho-Onkologie. Bern, Stuttgart, Wien: Huber, 1981. S. 13-63.
91. JAKOBS C.: kommentiert von NN. "Gründliche Aufklärung nur von Nutzen?" - Medical Tribune Kongressbericht. Medical Tribune, Nr. 48, 12 (1977), 33.
92. JAMISON ET AL.: "Psychosozial Aspects of Mastectomy". Am. J. of Psychiatry, 135 (1978), 432-436.
93. JUNG I W.F.: "Was von 'Krebsdiäten' zu halten ist". Münch. med. Wschr., 124 (1982), 28-32.
94. KATZ A.H., E.I. BENDER: The strength in us. Self-help groups in the modern world. New York: New Viewpoints, 1976.
95. KEDING G., G. WAGNER ET AL.: "Das Krebsregister in der Bundesrepublik Deutschland". Dtsch. Med. Wschr., 98 (1973), 1411-1417.
96. KICKBUSCH I., A. TROJAN: Gemeinsam sind wir stärker. Selbsthilfegruppen und Gesundheit. Frankfurt a.M.: Fischer, 1981.
97. KIENLE G.: "Der kontrollierte klinische Versuch - Beweis oder Entscheidungsinstrument?" Münch. med. Wschr., 120 (1978), 1115-1118.

98. KIENLE G.: "Klinische Studien". Medical Tribune, Nr. 41, 15 (1980), 57f.
99. KINSEY A.C. ET AL.: Das sexuelle Verhalten der Frau. Berlin, Frankfurt a.M.: Fischer, 1954.
100. KLEEBERG U.R.: "Möglichkeiten und Grenzen der ambulanten Onkologie". Münch. med. Wschr., 121 (1979), 928-931.
101. KLEEBERG U.R.: "Expertendiskussion: Wer ist wofür kompetent?". Münch. med. Wschr., 123 (1981), 1659-1668.
102. KLEIN B.: "Was ist für die Krebsnachsorge in der Zusammenarbeit von Klinik und Praktikern notwendig - was wünschenswert?". In: Deutsche Akademie für medizinische Fortbildung, Kassel (Hg.). Neue Aspekte der Krebsbekämpfung: kritische Gedanken, neue Wege. Stuttgart: Thieme, 1979. S. 153-162.
103. KNOEPFEL H.-K.: Einführung in die Balint-Gruppenarbeit. Stuttgart: Fischer, 1980.
104. KRÄHE H., G. SCHÖNING: "Funktionen der Medizin und ihre Manifestation in der medizinischen Ausbildung". In: W.F. Haug (Hg.). Kritik der bürgerlichen Medizin. Berlin: Argument, 1970. S. 2-16.
105. KRAM Ch. J.M. CALDWELL: "The Dying Patient". Psychosomatics, Nr. 5, 10 (1969), 293-295.
106. KRAUSE N.: "Krebs und Umweltchemikalien". In: H.H. Abholz (Hg.). Prävention. Berlin: Argument, 1981. S. 107-136.
107. KREDEL L.: Möglichkeiten der Rehabilitation von Tumorpatienten in einer Kurklinik". Der Kassenarzt, 21 (1981), 4099-4104.
108. KROKOWSKY G.: "Psychologische Vorbereitung der Bevölkerung zur Krebsvorsorge". In: Deutsche Akademie für medizinische Fortbildung, Kassel (Hg.). Neue Aspekte der Krebsbekämpfung: kritische Gedanken, neue Wege. Stuttgart: Thieme, 1979. S. 144f.
109. KROKOWSKY E.: "Befindet sich die kurative Krebstherapie in der Sackgasse?". Dtsch. Med. Wschr., 104 (1979), 326-329 (1979a).
110. KROKOWSKY E.: "Krebsvorsorge - Sinn und Möglichkeit".
111. KROKOWSKY E.: "Verändertes Konzept der Krebsbehandlung". 110 und 111 in: Deutsche Akademie für medizinische Fortbildung, Kassel (Hg.). Neue Aspekte der Krebsbekämpfung: kritische Gedanken, neue Wege. Stuttgart: Thieme, 1979. S. 1-8 (1979b), 93-101 (1979c).
112. KOBLER-ROSS E.: Interviews mit Sterbenden. - Gekürzte Taschenbuchausg., 7. Aufl. - Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus Mohn, 1978.
113. LA BARBA R.: "Experimental and Environmental Factors in Cancer: A Review of Research With Animals." Psychosom. Med., 32 (1970), 259-276.

114. LADIK J., P. OTTO: "Neue Vorstellungen über den Mechanismus der chemischen Karzinogenese". In: Deutsche Akademie für medizinische Fortbildung, Kassel (Hg.). Neue Aspekte der Krebsbekämpfung: kritische Gedanken, neue Wege. Stuttgart: Thieme, 1979. S. 57-63.
115. LEONHARDT A.: "Gynäkologische Tumornachsorge". Die Berliner Ärztekammer, 17 (1980), 575-581.
116. LE SHAN L., R.E. WORTHINGTON: "Some Recurrent Life History Patterns Observed in Patients with Malignant Disease". J. Nerv. Ment. Dis., 124 (1956), 460-465.
117. LEVITT E.E.: Die Psychologie der Angst. Stuttgart: Urban, 1971.
118. LIPOWSKI Z.J.: "Physical Illness, the Individual and the Coping Process". Psychiatry in Medicine, 1 (1970), 91-102.
119. LUBAN-PLOZZA B., U. EGLE, W. SCHUFFEL: Balint-Methode in der medizinischen Ausbildung. Stuttgart: Fischer, 1978.
120. MAASS H.: "Expertendiskussion: Wer ist wofür kompetent?". Münch. med. Wschr., 123 (1981), 1659-1668.
121. MAASS H., W. Jonat: "Endokrine Therapie und Bedeutung der Steroidhormon-Rezeptoren". Münch. med. Wschr., 121 (1979), 1444-1447.
122. MAC INTOSH J.: "Patient's Awareness and Desire for Information about Diagnosed but Undisclosed Malignant Disease". Lancet, (1976 II), 300-303.
123. MARTZ G.: "Die Beziehung zwischen Hausarzt und onkologischem Zentrum". In: F. Meerwein (Hg.). Einführung in die Psycho-Onkologie. Bern, Stuttgart, Wien: Huber, 1981. S. 184-198.
124. MATERN H.: "Psychologischer Beistand". In: Friedrich Thieding Stiftung des Hartmannbundes, Deutsche Krebshilfe e.V. (Hgg.). Krebsnachsorge. Schriftenreihe des Hartmannbundes, 1980. S. 217-222.
125. MENNE B.: "Expertendiskussion: Wer ist wofür kompetent?". Münch. med. Wschr., 123 (1981), 1659-1668.
126. MITSCHERLICH A.: Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 1966.
127. MOELLER M.L.: Selbsthilfegruppen. Reinbek: Rowohlt, 1978.
128. MOELLER M.L.: Anders helfen. Selbsthilfegruppen und Fachleute arbeiten zusammen. Stuttgart: Klett-Cotta, 1981.
129. MURPHY L.B.: "Coping, Vulnerability and Resilience in Childhood". In: G.V. Coelho, D.A. Hamburg and J.E. Adams (Hgg.). Coping and Adaptation. New York: Basic Books, 1974. S. 69-100.
130. NAGEL G.A.: "Neue Entwicklung der zytostatischen Therapie". In: Deutsche Akademie für medizinische Fortbildung, Kassel (Hg.). Neue Aspekte

der Krebsbekämpfung: kritische Gedanken, neue Wege. Stuttgart: Thieme, 1979. S. 81-92.

131. NAKAGAWA S., Y. IKEMI: "A Psychosomatic Study of Spontaneous Regression of Cancer". In: F. Antonelli (Hg.). *Therapy in Psychosomatic Medicine*. Vol. 2. Rom: Pozzi, 1977. S. 722-726.
132. NEUMANN G.: "Zur Krebshäufigkeit". *Med. Klinik*, 67 (1972), 1485-1487.
133. NOVAK H.D. ET AL.: "Changes in Physician's Attitudes Toward Telling the Cancer Patient". *JAMA*, 241 (1979), 897-900.
134. OELKERS H.: "Ärztliche Aufklärungspflicht bei der Anwendung neuartiger Medikamente". *Med. Klinik*, 66 (1971), 1173-1178.
135. OERTER D.: "Krebs - Epidemie oder Naturkonstante?". In: H.H. Abholz (Hg.). *Prävention*. Berlin: Argument, 1981. S. 137-157.
136. OESER H., P. KOEPE: "Über die Krebsgefährdung des heutigen Menschen". In: Deutsche Akademie für medizinische Fortbildung, Kassel (Hg.). *Neue Aspekte der Krebsbekämpfung: kritische Gedanken, neue Wege*. Stuttgart: Thieme, 1979. S. 63-72.
137. OESER H., P. KOEPE, K. RACH: "Statistische Aspekte zur Krebsgefährdung". *Dtsch. Med. Wschr.*, 95 (1970), 2510-2512.
138. OLBRISCH R.-R.: "Wiederherstellungschirurgie nach Mammaamputation". In: Friedrich Thieding Stiftung des Hartmannbundes, Deutsche Krebshilfe e.V. (Hgg.). *Krebsnachsorge*. Schriftenreihe des Hartmannbundes, 1980. S. 62-65.
139. OLBRISCH R.-R.: "Gibt es noch Indikationen zur subcutanen Mastektomie?". *Chirurg*, 52 (1981), 467-471.
140. OLSEN E.: "The Impact of Serious Illness on the Family System". *Postgraduate Medicine*, 47 (1970), 169-174.
141. OSTAPOWICZ B.-S.: "Mamma-Karzinom in heutiger Sicht". Diss. FU Berlin, 1977.
142. OTT G.: "Programmierte Nachsorge beim Brustkrebs". In: Friedrich Thieding Stiftung des Hartmannbundes, Deutsche Krebshilfe e.V. (Hgg.). *Krebsnachsorge*. Schriftenreihe des Hartmannbundes, 1980. S. 88-92.
143. OTT G.: "Beispiele für die ambulante Nachsorge - Vorschlag des Evangelischen Krankenhauses Bad Godesberg". *Münch. med. Wschr.*, 123 (1981), 1644-1647.
144. PAULI H.K., V. SCHMIDT: "Psychosomatische Aspekte bei der klinischen Manifestation von Mamma-Karzinomen". *Z. Psychother. med. Psychol.*, 22 (1972), 76-80.
145. PEREZ-GAY B.: "Nachsorge bei Mamma-Karzinom aus psychotherapeutischer Sicht". In: Friedrich Thieding Stiftung des Hartmannbundes, Deutsche Krebshilfe e.V. (Hgg.). *Krebsnachsorge*. Schriftenreihe des Hartmann-

bundes, 1980. S. 68-73.

146. PFLEIDERER A.: "Organisation und Durchführung der Nachsorgeuntersuchungen bei Karzinompatienten". Z. All. Med., 53 (1977), 952-957.
147. POLIVY J.: "Psychological Effects of Mastectomy on a Woman's Feminine Self-Concept". J. Nerv. Ment. Dis., 164,2 (1977), 77-87.
148. Pschyrembel W.: Klinisches Wörterbuch. 251 Aufl. Berlin: De Gruyter, 1972.
149. Raspe H.H.: "Informationsbedürfnis und faktische Informiertheit bei Krankenhauspatienten". Med. Klinik, 71 (1976), 1016-1020.
150. REMY D.: "Die Wahrheit am Krankenbett". Dtsch. Krankenpflegezeitschrift, 12 (1975), 670-675.
151. RICHTER H.E.: Patient Familie. Reinbeck: Rowohlt, 1970.
152. RYAN M.: "Ethics and the Patient with Cancer". Bri. Med. J., 281 (1979), 480f.
153. SAAL J.G.: "Immunologie und Onkologie". Z. All. Med., 53 (1977), 885-897.
154. SACK H., W.M. GALLMEIER: "Das operierte Mammakarzinom: Nachsorgestrategien". Münch. med. Wschr., 121 (1979), 1433-1437.
155. SACKET D.L.: "Bias in Analytic Research". J. Chron. Dis., 32 (1979), 51-63.
156. SXBEL M.: "Die natürliche und die künstliche Strahl exposition beim Menschen". Dtsch. Ärzteblatt, 78 (1981), 1903-1915.
157. SANDRITTER W.: Allgemeine Pathologie. Stuttgart: Schattauer, 1981.
158. SAUER W.: "Psychische Aspekte im Umgang mit Malignompatienten". Praxis, 64 (1975), 660-665.
159. SCHÄFER H., M. BLOHMKE: Sozialmedizin. Stuttgart: Thieme, 1978.
160. SCHAFFT S.: "Die meisten Menschen schieben das weg - Gespräche mit brustkrebserkrankten Frauen". Noch unveröffentlichter Schlußbericht zum Teilprojekt 'Zur Lebenssituation von Frauen nach krebserkrankter Brustamputation. Eine explorative Studie'. Universität Konstanz, 1980.
161. SCHAFFT S.: "Selbsthilfe und chronische Krankheit - Unterstützung und Belastung in einer Selbsthilfegruppe krebserkrankter Frauen". In: B. Badura (Hg.). Soziale Integration und chronische Krankheit. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 1981. S. 160-171.
162. SCHEWITZ M.: "Wenn du weinst, geben sie dir eine Spritze". Courage, Nr. 9, 5 (1980), 17-21.

163. SCHLAG P.: "Tumornachsorge aus chirurgischer Sicht". Münch. med. Wschr., 121 (1979), 931-933.
164. SCHMÄHL D.: "Zur Kausalgenese maligner Geschwülste". Arch. klin. exp. Ohr.-Nas.-u. Kehlk. Heilk., 205 (1973), 1-20.
165. SCHMÄHL D.: "Ergebnisse der Krebsforschung". In: Deutsche Akademie für medizinische Fortbildung, Kassel (Hg.). Neue Aspekte der Krebsbekämpfung: kritische Gedanken, neue Wege. Stuttgart: Thieme, 1979. S.52-56.
166. SCHMALE A.H.: "Psychological Reactions to Recurrences, Metastases or Disseminated Cancer". Int. J. Radiat. Biology Physics, 1 (1976), S. 515-520.
167. SCHMIDT C.G.: "Nachsorge - Probleme in der internistischen Krebstherapie". Klinikarzt, Nr. 9, (1979), 640-655.
168. SCHMIDT F.: "Oeser's Thesen sind doch nur statistische Spielereien". Med. Trib. 45 (1980), 51-53.
169. SCHNURRE M.: Persönliche Mitteilungen, 1981.
170. SCHÖNHALS M.: "Wahrnehmungs- und Explorationstraining". Arbeitsunterlagen. München, 1981.
171. SELBMANN H.K.: "Die Handikaps der Beobachtungsstudien". Münch. med. Wschr., 123 (1981), 1288-1290.
172. SELLSCHOPP A.: "Sind psychologische Strategien erforderlich?". Der Kassenarzt, 21 (1981), 4274.
173. SELLSCHOPP A., H. HÄBERLE: "Der Umgang mit sterbenden Patienten". In: Friedrich Thieding Stiftung des Hartmannbundes, Deutsche Krebshilfe e.V. (Hgg.). Krebsnachsorge. Schriftenreihe des Hartmannbundes. 1980. S. 222-227.
174. SENATOR FÜR GESUNDHEIT UND UMWELTSCHUTZ: "Richtlinien für die Tätigkeit der Nachgehenden Krankenfürsorge". In: Dienstblatt des Senators von Berlin Teil IV Soziales-Gesundheit-Jugend und Sport, Nr. 6, 10.10.1978, S. 63f.
175. SENATOR FÜR GESUNDHEIT UND UMWELTSCHUTZ: "Merkblatt für Ärzte: Möglichkeiten der Hilfen durch die Nachgehende Krankenfürsorge der Gesundheitsämter". 1980.
176. SENN H.J.: "Fortschritt durch adjuvante Chemotherapie?". Münch. med. Wschr., 122 (1980), 10-15.
177. SENN H.J.: "Wahrhaftigkeit am Krankenbett". In: F. Meerwein (Hg.). Einführung in die Psycho-Onkologie. Bern, Stuttgart, Wien: Huber, 1981. S. 64-83.
178. SIMONTON O.C., S.M. SIMONTON: "Belief Systems and Management of the Emotional Aspects of Malignancy". J. of transpersonal Psychology, 8

(1975), 29-47.

179. SIMONTON O.C., S.M. SIMONTON, J. CREIGHTON: Getting well again. New York: Bantam, 1980. In deutscher Übersetzung: Wieder gesund werden - Eine Anleitung zur Aktivierung der Selbstheilungskräfte für Krebspatienten und ihre Angehörigen. Reinbek: Rowohlt, 1982.
180. SOUHAMI R.L.: "Teaching What to Say about Cancer". Lancet, (1978 II), 935f.
181. SPANN W.: "Grundlagen und Grenzen der ärztlichen Aufklärung". Fortschr. Med., 97 (1979), 737f.
182. STAPP H.: "Expertendiskussion: Wer ist wofür kompetent?". Münch. med. Wschr., 123 (1981), 1659-1668.
183. STATISTISCHES BUNDESAMT: "Todesursachen". In: Dtsch. Ärzteblatt, 77 (1980), 2521.
184. STIERLIN H., M. WIRSCHING: "Psychische Aspekte der Onkologie". In: Deutsche Akademie für medizinische Fortbildung, Kassel (Hg.). Neue Aspekte der Krebsbekämpfung: kritische Gedanken, neue Wege, Stuttgart: Thieme, 1979. S. 146-152.
185. SWARTZ M., L. REICHLING: "Risks of Mammograms". JAMA, 237 (1977), 965f.
186. TAUSCH A.: Gespräche gegen die Angst. Reinbek: Rowohlt, 1981.
187. TAUSCH A.: in C. Bauer, "Vorher habe ich ein trauriges Leben geführt" Neue Formen der Krebsnachsorge. Unveröffentlichtes Manuskript 1979. Sendetermin des Filmes: 16.9.1980 ARD.
188. THOMAS C.B. ET AL.: "Psychobiological Characteristics in Youth as Predictors of Five Disease States: Suicide, Mental Illness, Hypertension, Coronary Heart Disease and Tumor". Johns Hopkins med. J., 132 (1973), 16-43.
189. THOMAS C.B., U.R. DUSZYNSKI, J.W. SHAFTER: "Family Attitudes Reported in Youth as Potential Predictors of Cancer". Psychosom. Med., 41 (1979), 287-302.
190. THOMSEN K., H.J. FRISCHBIER: "Die brusterhaltende Therapie des Mammakarzinoms". Vortrag vor der Akademie für ärztliche Fortbildung, Berlin, am 26.8.1980.
191. TROJAN A., H. DÖHNER: "Gesundheitsselbsthilfegruppen". Münch. med. Wschr., 123 (1981), 1851-1853.
192. TROSCHKE J.V.: "Psychosoziale Aspekte von Gesundheit und Krankheit". Themen der Krankenpflege, 1 (1973), 487-524.
193. TROSCHKE J.V.: Psychologie des Krankseins". In: H. Enke et al. (Hgg.). Lehrbuch der Medizinischen Psychologie, 2 Aufl. München-Berlin-Wien: Urban & Schwarzenbeck, 1974. S. 285 - 308.

194. UEXKOLL TH. V.: Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. München-Berlin-Baltimore: Urban & Schwarzenbeck, 1979.
195. ULMANN J.E., H.M. GOLOMB: "Principles of Neoplasia: Approach to Diagnosis and Management". In: K.J. Isselbacher et al. (Hgg.). Harrison's Principles of Internal Medicine, 9. Ed. Tokyo: Mc Graw Hill Kogakusha, 1980. S. 1583 - 1597.
196. URBAN H. ET AL.: "Der Umgang mit unheilbar Kranken". Themen der Krankenpflege, 1 (1973), 37-68.
197. VALENT P.: "Issues with Dying Patients". Med. J. Aust., 65 (1978), 433-437.
198. VERONESI U.: "Comparing Radical Mastectomy with Quadrantectomy, Axillary Dissection and Radiotherapy in Patients with Small Cancers of the Breast". New Engl. J. Med., 305, 1 (1981), 6-12.
199. VOIGT D.: Gesundheitsverhalten. Stuttgart: Kohlhammer, 1978.
200. WACHSMUTH W., H.-L. SCHREIBER: "Der unheilvolle Weg in die defensive Medizin". Med. Tib., Nr. 45, 15 (1980), 11-15.
201. WALLER H.D.: "Adjuvante Chemotherapie des Mammakarzinoms". Krankenhaus-arzt, 53 (1980), 588-593.
202. WANDER M.: Leben wär' eine prima Alternative. Neuwied: Luchterhand, 1980.
203. WARNATZ H.: "Tumorimmunologie". In: Deutsche Akademie für medizinische Fortbildung, Kassel (Hg.). Neue Aspekte der Krebsbekämpfung: kritische Gedanken, neue Wege. Stuttgart: Thieme, 1979. S. 137-143.
204. WEBER W., D. HARTMANN, J.P. OBRECHT: "Die Bedeutung von Vitamin A und Vitamin-A-Derivaten (Retinoide) in der onkologischen Therapie. Münch. med. Wschr., 124 (1982), 33-39.
205. WENDERLEIN J.M.: "Die weibliche Brust". Sexualmedizin, 7 (1978), 307-311.
206. WENDERLEIN J.M.: "Psychosomatische Aspekte beim Mammakarzinom". Med. Klinik, 74 (1979), 1700-1708. (1979a).
207. WENDERLEIN J.M.: "Nutzen von Kuren für gynäkologisch-onkologische Rehabilitationspatienten". Münch. med. Wschr., 121 (1979), 637-640. (1979b).
208. WENDERLEIN J.M., T. PRÖTZEL, S. LEHRL: "Brauchen Frauen nach Brustkrebs- oder nach Genitalkrebs-Behandlung mehr psychosozial orientierte Rehabilitation?". Rehabilitation, 18 (1979), 187-195.
209. WHITE R.W.: "Strategies of Adaptation: An Attempt at Systematic Description". In: G.V. Coelho, D.A. Hamburg and J.E. Adams (Hgg.). Coping and Adaptation. New York: Basic Books, 1974, S. 47 - 68.

210. WINTER G.: "Rechtsstandpunkt 'Aufklärung des Krebskranken'". Münch. med. Wschr., 112 (1970), 2195-2199.
211. WIRSCHING M.: "Zur Psychosomatik des Brustkrebs - Stand der Forschung und neuere Entwicklungen". Z. Psychosom. med. Psychoanal., 25 (1979), 240-250.
212. WIRSCHING M. ET AL.: "Familientherapie bei Krebsleiden". Familiendynamik, Nr. 1, 6 (1981), 2-23.
213. WITKIN M.H.: "Sex Therapy and Mastectomy". J. Sex Marital Ther., Nr. 4, 1 (1975), 290-304.
214. WITKIN M.H.: "Psychological Counselling of the Mastectomy Patient". J. Sex Marital Ther., Nr. 1, 4 (1978), 20-28.
215. WOESLER DE PANAFIEU CH.: "Wie weiblich kann Wissenschaft sein?". Psychologie heute, Nr. 7, 8 (1981), 31-34.
216. WULFF E.: "Der Arzt und das Geld". In: E. Wulff. Psychiatrie und Klassengesellschaft. Frankfurt a.M.: Athenäum Fischer, 1972. S. 171-187.
217. WUNNERLICH A.: Zur Psychologie der ausweglosen Situation. Bern: Huber, 1972.
218. ZORN F.: Mars. Frankfurt a.M.: Fischer, 1979.
219. ZUPPINGER A.: "Die präbioptische Bestrahlung beim Mammakarzinom". In: Deutsche Akademie für medizinische Fortbildung, Kassel (Hg.). Neue Aspekte der Krebsbekämpfung: Stuttgart: Thieme, 1979, S. 101-106.

## Lebenslauf

Am 10. Dezember 1954 kam ich in Mering bei Augsburg zur Welt, als einziger Sohn der Tierärzte Dr. Hans und Dr. Ursula Krieger. Die Grundschule besuchte ich in Mering von 1960 bis 1964. Anschließend ging ich, bis zum Abitur 1973, in das humanistische Gymnasium Scheyern, das 1970 als humanistischer Zweig in das Schyren-Gymnasium Pfaffenhofen an der Ilm eingegliedert wurde.

1973 begann ich an der Ludwig-Maximilians-Universität in München Humanmedizin zu studieren. 1975 bestand ich die ärztliche Vorprüfung und 1979 die zweite ärztliche Prüfung. Danach begann ich das Praktische Jahr in der Chirurgischen Abteilung im Hauptkrankenhaus Augsburg (April bis Juli).

Im August 1979 wechselte ich an die Freie Universität Berlin und setzte das Praktische Jahr fort in der Inneren Abteilung im Krankenhaus Neukölln (August bis November) und in der Abteilung für Sozialpsychiatrie im Klinikum Charlottenburg (Dezember 1979 bis März 1980). Nach dem Ablegen der dritten ärztlichen Prüfung erhielt ich im Mai 1980 meine Approbation als Arzt.

Vom 1.7. bis 30.9. 1980 arbeite ich als Arzt mit Zeitvertrag in der Abteilung für Sozialpsychiatrie im Klinikum Charlottenburg. Dort übernahm ich erneut eine Vertretungsstelle für einen Monat im Juli 1981. Im Januar 1981 bestand ich das amerikanische ECFMG - Examen. Von Oktober 1980 bis April 1982 widmete ich mich vornehmlich dieser Dissertation. Seit dem 1.5.1982 arbeite ich als Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Institut für Pathologie im Klinikum Steglitz der Freien Universität Berlin.





